This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0423 3569

MÉMOIRE

SUR LA LÈPRE

OBSERVÉE A CONSTANTINOPLE

PAR

LE Dr ZAMBACO

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

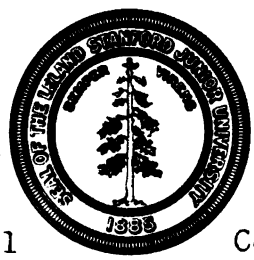
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain, au coin de l'Ecole de Médecine

1887

L154.7
T9C7
1887

LANE



MEDICAL LIBRARY

Seidel Collection

HISTORY OF MEDICINE
AND NATURAL SCIENCES

L154.4.
2

MÉMOIRE

SUR LA LÈPRE

OBSERVÉE A CONSTANTINOPLE

CORBEIL. — TYP. ET STÉR. CRÉTÉ.

MÉMOIRE

SUR LA LÈPRE

OBSERVÉE A CONSTANTINOPLE

PAR

LE Dr ZAMBACO

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine

1887

61602

LISA.7
1C7
887

MÉMOIRE SUR LA LÈPRE

OBSERVÉE A CONSTANTINOPLE

Par le Dr ZAMBACO.

La lèpre, que j'étudie en ce moment en Orient, appartient surtout à la forme tuberculeuse, que je préfère désigner sous le nom de lèpre exsudative ou néoplasique. Car très souvent, en même temps que les tubercules, il y a de larges infiltrations cutanées. Parfois même ces dernières, affectant une forme plus ou moins régulière de cercle ou de portion de cercle, circonscrivent des îlots ou des parties de peau qui conservent leur aspect normal.

Ces exsudats saillants, circulaires ou en plaques, constituent alors la manifestation cutanée caractéristique, en absence de tout dépôt lépreux cutané ou sous-cutané, arrondi et isolé, que l'on puisse appeler *tubercule*.

Mes observations personnelles, basées sur un grand nombre de malades, car la lèpre est très commune à Constantinople, soit chez les indigènes, soit chez les personnes arrivant des îles de l'Archipel ou de Jérusalem, ne m'autorisent pas à accepter la division proposée par l'honorable confrère norvégien, le Dr Danielsen, et généralement admise aujourd'hui. Le savant léprosiastre de Bergen divise la lèpre en tuberculeuse et en anesthétique. La première, que j'appelle lèpre *exsudative*, ressemble à la lèpre d'Orient. Il y a en effet des exsudats cutanés ou sous-cutanés. Quant à la lèpre anesthétique, l'infiltration cutanée fait absolument défaut et ne figure point dans sa symptoma-

tologie. Les malades atteints de cette affection présentent, dès le début, des paralysies musculaires de la face; le muscle orbiculaire des paupières est le premier atteint. Le globe oculaire est de moins en moins couvert. La maladie commence tantôt d'un seul côté, et ressemble d'autant plus à une paralysie faciale, que la commissure labiale se trouve elle-même déviée; tantôt elle atteint d'emblée les deux orbiculaires, et la face perd ainsi toute expression en rapport avec les impressions psychiques. Je ne veux pas pour le moment m'occuper de cette affection que j'ai observée dans le récent voyage que j'ai fait en Norvège, après le congrès de Copenhague, en compagnie d'un des membres les plus distingués de cette savante compagnie, M. le Dr Constantin Paul. Je le ferai plus tard dans un mémoire spécial.

Cette maladie appelée lèpre anesthétique n'existe pas en Orient; du moins, je ne l'ai pas encore observée dans le cercle où j'étudie la lèpre. Je la chercherai dans les voyages que j'ai l'intention de faire aux îles de l'Archipel, où la lèpre sévit avec violence, ainsi qu'à Jérusalem, dans le but de recueillir des matériaux pour la monographie sur la lèpre que je prépare.

Qu'il me soit permis de dire, pour le moment, que je préfère désigner la lèpre dite anesthétique de Norvège sous le nom de maladie du Docteur Danielsen. Cette dénomination ne préjuge rien quant à la nature de l'affection, qui me paraît être essentiellement nerveuse. En outre, c'est rendre justice au distingué confrère scandinave qui l'a le premier décrite, que de consacrer ainsi son nom par cette désignation.

Si l'anesthésie constitue un symptôme essentiel de la maladie de Danielsen, la lèpre tuberculeuse ou exsudative aussi est accompagnée de la perte de la sensibilité au contact, à la douleur et à la température. Elle est donc aussi anesthétique. Ainsi qu'on le verra dans le cours de ce travail, la conservation de la sensibilité est très rare ou temporaire dans la lèpre néoplasique. Or, le symptôme anesthésie ne peut servir de signe distinctif entre la lèpre tuberculeuse et la lèpre dite anesthétique, si tant est que celle-ci soit effectivement une lèpre. Aussi, préférons-nous l'appeler maladie de Danielsen.

La lèpre tuberculeuse ou néoplasique s'observe à Constantinople

chez les Israélites, les Grecs et les Turcs. Je ne l'ai point rencontrée chez les autres peuples qui composent aussi la population de cette capitale : par exemple chez les Arméniens, les Albanais, les Persans, les Européens établis ici depuis bien longtemps, voire même depuis la domination génoise, etc. C'est la nation juive qui fournit le plus grand nombre de lépreux.

Les principales causes qui me paraissent contribuer au développement de cette terrible maladie sont les suivantes : Tout d'abord la *misère*. Sur une soixantaine de malades que j'ai en observation en ce moment, il n'y en a que deux qui soient à l'abri des privations. Tous les autres sont des malheureux vivant dans des taudis ignobles, humides, situés au rez-de-chaussée, sur un sol infiltré de détritus organiques, et dans des quartiers infects, tant à cause de l'état des égouts que par la saleté des rues où se putréfient toutes les ordures provenant de ces malheureux ménages. Des pièces peu spacieuses qu'on aurait même tort de gratifier du titre d'étables ou de porcheries, ayant la terre humide et malpropre comme parquet, parfois couverte de quelques planches pourries, donnent abri à une famille entière composée de parents et de nombreux enfants, malheureux, chétifs, malingres, scrofuleux, y couchant presque nus sur des grabats.

Outre ces déplorables conditions hygiéniques générales, ce qui doit être mentionné avant tout, c'est la malpropreté somatique. J'ai rencontré de ces malheureux qui ne se sont jamais lavé le corps ou qui n'ont pas été au bain depuis 10, 15 et 25 ans ! D'ailleurs, une fois la maladie déclarée, on refuse de les y recevoir. Aussi les affections cutanées vulgaires sont-elles très communes chez ces pauvres gens, de même que la scrofule.

Le froid, l'humidité et les brusques transitions de température me paraissent aussi être une des causes qui favorisent le développement de la lèpre.

Bien que la température ne descende que pendant peu de temps au-dessous de 5 degrés ou 6 degrés centigrades en hiver, et qu'elle monte rarement au-dessus de 30 ou 32 degrés en plein été, les malheureux souffrent beaucoup du froid ici : tant à cause du mauvais état de leurs habitations, où l'on place à peine, pendant les rigueurs de l'hiver,

quelque vase en terre contenant un peu de braise, que par défaut de vêtements chauds. Leurs jambes sont nues presque jusqu'aux genoux; leurs pieds sont souvent sans chaussures ou traînent des savates trouées. Peu vêtus, ils reçoivent la pluie, la neige ou sont exposés en été aux rayons ardents du soleil du midi. Aussi, voit-on leur face et leurs membres violacés l'hiver et brûlés l'été de manière à devenir rissolés, brunâtres.

Il est à remarquer que, dans l'immense majorité des cas, ce sont ces parties exposées aux intempéries des saisons qui sont seules le siège de la lèpre. Dans les cas même rares où elle envahit le tronc, la maladie débute constamment par la face et les extrémités des membres.

Il est incontestable, pour moi, que la nourriture joue un grand rôle dans le développement de la lèpre. Il est extrêmement rare qu'un lépreux se soit nourri convenablement, ou bien sa maladie est héréditaire. Les malades que j'observe ont presque tous abusé des poissons salés, de mauvais fromage, ou de légumes secs préparés toujours avec de la mauvaise huile d'olive ou de sésame. Parfois même ils ont pour toute nourriture de l'huile rance versée dans leur pain déchiré.

Le pain du pauvre est bon à Constantinople. On ne peut lui rien imputer. A part des exceptions rarissimes, j'ai toujours trouvé l'abus des mauvaises salaisons ou de l'huile d'olive ou de sésame chez mes lépreux.

Les émotions morales violentes, subites ou prolongées, ont paru chez plusieurs de mes malades être tout au moins une cause occasionnelle qui a hâté l'éclosion de la diathèse ou d'une prédisposition.

Ainsi, une femme travaille aux champs; la foudre tombre à côté d'elle et lui occasionne même des phénomènes qui prouvent que le fluide électrique l'a atteinte : elle a eu des commotions. Elle reste évanouie pendant quelque temps; elle garde le lit durant quelques jours; et pendant sa convalescence, elle constate les premières atteintes de la lèpre.

Un autre malade est réveillé au milieu de la nuit par l'incendie; la maison du voisin flambe; et sa baraque aura bientôt le même sort. Il risque de brûler lui-même avec ses enfants. On devine sa frayeur !

Vingt ou vingt-cinq jours après, il présente les premiers symptômes de la lèpre.

Les incendies étant très communs en Orient, où ils peuvent consumer plusieurs centaines de maisons à la fois et même jusqu'à deux et quatre mille, j'observe souvent chez les Israélites, qui constituent la partie de la population la plus misérable et la plus fréquemment atteinte, la lèpre survenir à leur suite.

Il est évident que la prédisposition existait; mais y a-t-il beaucoup de maladies qui se développent sans que le médecin doive invoquer une prédisposition individuelle spéciale?

Un homme a voulu assassiner, le poignard en main, son frère. Grande émotion éprouvée par sa femme, dont la lèpre date de cette grande frayeur. Des enfants ont été battus brutalement à l'école par leur professeur. Ils en ont été très épouvantés ou bien très froissés dans leur amour-propre, au point d'en faire une maladie. Et bientôt on a vu apparaître les premiers phénomènes de la lèpre. Il est inutile d'insister plus longtemps sur le rôle des émotions morales dans le développement de la lèpre. Qu'il me suffise de dire que les secousses psychiques violentes m'ont paru très souvent favoriser puissamment le développement de cette maladie chez des individus dont la plupart étaient peut-être déjà prédisposés par plusieurs des causes mentionnées plus haut, mais qui ne comptaient aucun lépreux dans leur famille.

Le lymphatisme et le scrofulisme prédisposent à la lèpre. J'ai vu maintes fois des individus qui avaient commencé par avoir, pendant des années, des scrofulides ou des affections vulgaires invétérées de la peau (eczéma, psoriasis, prurigo, acné rosacée, gale, etc.), devenir plus tard lépreux et conserver parfois leurs maladies de peau anciennes, conjointement avec la lèpre.

Hérédité. — Dans le plus grand nombre des cas que j'ai observés jusqu'à présent, la lèpre est acquise. Mes recherches les plus patientes n'ont pu me faire découvrir des lépreux parmi leurs ascendants. Je suis remonté jusqu'à l'arrière-grand-père et l'arrière-grand'mère, paternels et maternels, et jusqu'à mémoire d'homme, sans trouver de lépreux dans la famille. J'ai cherché aussi chez les collatéraux et toujours avec les mêmes résultats négatifs.

En général la maladie a été accidentelle; et, chose curieuse ! parmi les trois ou six enfants qui vivent dans les mêmes conditions hygiéniques déplorables, pour ce qui concerne les ingesta, les applicata, les circumfusa, un seul sera lépreux. Les autres demeurent indemnes pour toujours, comme s'ils étaient doués d'une sorte de résistance individuelle. Car dans les conditions dans lesquelles vit toute la famille, elle aurait de quoi devenir lépreuse tout entière sans aucune exception.

D'après ce que j'ai observé jusqu'à présent, une fois sur quatorze environ, la lèpre néoplasique est héréditaire. Dans ce dernier cas il peut arriver que les géniteurs soient indemnes, mais qu'un arrière-grand-parent, une grand'tante ou un grand-oncle ait été atteint de la lèpre.

J'arrive à une question de la plus haute importance, je veux parler de la *contagion*.

Depuis Moïse, les médecins arabes et les médecins grecs jusqu'à nos jours, comme par une sorte de tradition, la lèpre a été considérée comme une maladie transmissible par le contact. Aussi a-t-on toujours isolé les lépreux. Et bien des législateurs brisaient tous les liens sociaux de ces pauvres malheureux qui étaient considérés comme morts et se trouvaient ainsi frappés de la privation immédiate de tous leurs droits civils. A l'heure qu'il est encore, le peuple d'Israël, si conservateur, applique la loi de Moïse dans toute sa rigueur, et je m'empresse d'ajouter dans toutes ses erreurs. Car j'ai vu des diagnostics erronés, posés même par des confrères, frapper ainsi de mort civile des époux affectés de toute autre maladie que la lèpre ! Et que doit-on penser, dans une question aussi grave, du diagnostic porté par Moïse ou par les Rabbins, d'après les signes de la lèpre relatés dans le vieux testament ?

L'étude rigoureusement scientifique des maladies cutanées ne date pas de très loin. Et, malgré les progrès effectués dans cette branche importante de la médecine, j'oserai dire qu'encore aujourd'hui, surtout à l'étranger et loin des grands centres de la science, la plupart des médecins ne sont pas en état de poser un diagnostic exact dans les diverses affections de la peau. La scrofule, les maladies de la peau vulgaires, le lupus dans certaines de ses formes, la syphilis, voire la gale dans quelques circonstances, peuvent être confondus ensemble,

et le sont, par le fait, de nos jours encore, par les confrères qui ont fait d'ailleurs d'excellentes études, mais qui n'ont pas eu le temps ou l'occasion de passer par l'hôpital du Midi, par celui de Lourcine et surtout par Saint-Louis ou leurs analogues. Or, quelle importance peut-on accorder au diagnostic magistralement formulé par les anciens médecins et surtout par les législateurs étrangers à l'art de guérir?

On a donc répété de toute part, dans les anciens livres et dans les lois, que la lèpre était contagieuse. Cette opinion, qui a pris naissance en Orient d'où elle fut propagée partout, se trouve encore copiée dans presque tous les livres récents sans être pourtant étayée par des observations probantes.

En Orient, où la lumière ne pénètre qu'à grand'peine et bien tardivement, lors même qu'il s'agit d'humanité, les gens considérés comme lépreux ou parfois accusés et condamnés injustement comme tels sont traqués comme des bêtes nuisibles, surtout dans les petits endroits, comme les îles de l'Archipel. Exilés dans un coin, loin des habitants, ils ne peuvent franchir les limites qui leur sont assignées et ne descendent en ville que le samedi pour mendier : du moins l'un d'eux, muni d'une sonnette au cou qui fait le vide devant lui. On lui jette à distance les aumônes et l'on évite ainsi tout contact.

Cette opinion sur la transmissibilité de la maladie par le contact est si enracinée en Orient, qu'à la Mecque on ne donne jamais d'argent à un lépreux. On lui offre des comestibles, des effets, mais jamais de la monnaie qui, passant par les mains du lépreux, pourra, par sa circulation dans la société, communiquer la maladie!

Eh bien! je me bornerai pour le moment à dire que rien n'est moins prouvé que la contagiosité de la lèpre. D'une part, je ne connais pas un seul fait de cette transmission scientifiquement observé ; et d'autre part j'ai nombre d'observations à l'appui de l'opinion contraire, à savoir que la lèpre n'est point contagieuse.

En effet, voici ce que l'étude de la lèpre m'a enseigné *jusqu'à présent.*

Des lépreux vivant de la vie de famille pendant dix, quinze ans et davantage, mangeant chaque jour avec des personnes de tout âge, couchant dans la même chambre, et voire même dans le même lit que des

adolescents ou des enfants sains, n'ont jamais communiqué la maladie. Ils se servaient de la même cuiller, buvaient dans le même verre, et leur linge confondu a toujours été lavé ensemble. Cette vie en commun continue toujours chez presque tous les lépreux non musulmans d'ici.

A Scutari de Constantinople, dans le fond d'un cimetière turc, on a parqué un certain nombre de lépreux musulmans qui, abandonnés à eux-mêmes, pourrissent et se mutilent dans la plus profonde misère, sans soins aucuns et presque sans secours ! Ils peuvent s'y marier, soit entre eux, soit (les hommes surtout) avec des personnes de la ville non atteintes de la lèpre. J'y ai rencontré un lépreux aujourd'hui aveugle, mutilé, cachectique, qui y séjourne depuis vingt-cinq ans et se maria trois fois ! Il a choisi son épouse deux fois en ville ; ces femmes sont venues se séquestrer avec lui, malheureux à tous égards, ulcéré, repoussant ! Pourquoi ce sacrifice? Je l'ignore. Mais le fait est constant. Ce lépreux a enterré ses trois femmes, et il est veuf aujourd'hui. L'une, déjà lépreuse et prise dans la léproserie, succomba à sa maladie. Mais les deux autres sont mortes par suite de maladies accidentelles aiguës. Chacune a cohabité sept et huit ans avec le mari lépreux. L'une même a conçu et mis au monde une fille. Et pourtant aucune d'elles n'a contracté la maladie. Elles couchaient toujours dans le même grabat que le lépreux dont elles pansaient aussi les ulcères chaque jour. L'enfant, âgée de dix-sept ans environ, ne présente, jusqu'à présent, aucun signe de la maladie.

Il y a plusieurs faits semblables dans ce cinobion de lépreux ; et pas une seule fois on n'a vu la maladie passer du mari lépreux à l'épouse saine.

L'imam ou prêtre musulman de cette léproserie, âgé aujourd'hui de quarante-quatre ans, y est né et y a constamment demeuré, car son père était aussi l'aumônier de ces malheureux. Il a toujours habité un petit logement dans ce misérable réduit que je ne puis qualifier ni d'asile ni d'hôpital. Il a eu six enfants qui ont été élevés au milieu des lépreux, éloignés de la ville et passant toute leur journée à jouer avec les lépreux et leurs enfants. Pas un des enfants de l'imam n'a eu la lèpre.

Je connais en ville des femmes lépreuses dont une surtout est arrivée à la période cachectique. Je soumets son portrait à l'Académie

sous le n° 24. Malgré son état hideux, elle couche toujours dans le même lit que son mari et continue à avoir des relations avec lui qui est absolument sain.

Je possède plusieurs faits pareils, où l'un des époux, lépreux très avancé, continue à vivre maritalement avec le conjoint sain dont il partage la vie et la couche, sans que *iamais* la maladie ait été transmise.

Si dans les études que je poursuis toujours il se présentait des cas qui autorisassent à conclure dans le sens contraire, je me ferai un devoir de les faire connaître à l'Académie.

Je dirai enfin que le Dr Danielsen, qui observe la lèpre en Norwège depuis 1840, est absolument de la même opinion que moi, opinion qu'il a exposée en présence de M. le Dr C. Paul, et que la lèpre n'a jamais été considérée comme contagieuse dans toute la Scandinavie.

Ce n'est que dans ces derniers temps que l'honorable confrère chargé des recherches anatomo-pathologiques dans l'asile des lépreux à Bergen, le Dr Armauer Hansen, a promulgué partout la contagiosité de la lèpre. Mais j'ajouterai que M. Hansen n'est pas clinicien et que d'ailleurs il ne cite pas un seul fait probant à l'appui de son opinion, que j'exposerai avec détails dans le second mémoire que je me propose de soumettre à l'Académie, sur la lèpre de la Norwège, d'après ce que j'ai observé dans ses léproseries visitées par moi dernièrement, avec M. le Dr C. Paul.

Conclusion. — Jusqu'à preuve du contraire, la science rigoureuse se refuse à admettre l'opinion, bien qu'enracinée dans le public depuis des siècles, que la lèpre est éminemment contagieuse.

L'erreur populaire de la contagiosité de la lèpre peut et doit être expliquée, selon nous, par la confusion déplorable qui a régné dans la science jusqu'au quinzième siècle. En effet, la syphilis n'était pas encore reconnue comme entité morbide et ses victimes grossissaient naturellement les rangs des *lépreux contagieux!* Mais dès que la vérole a attiré l'attention des premiers syphiliographes, le nombre des lépreux a de plus en plus diminué, les léproseries ont été désertées et fermées; tandis que des asiles pour les vérolés ouvraient leurs portes hospitalières aux nombreuses victimes du mal français ou napolitain. Finalement la lèpre a disparu de l'Europe centrale, où elle faisait des

ravages terribles avant la découverte de la syphilis. N'y a-t-il pas là une preuve ou tout au moins une très forte présomption en faveur de la confusion préjudiciable de ces deux maladies, la syphilis et la lèpre : confusion qui attribuait injustement à cette dernière les méfaits appartenant en propre à la vérole depuis les Hébreux jusqu'aux galants de la chevalerie ?

Je reviendrai plus longuement sur ce sujet. Qu'il me suffise de dire pour le moment qu'il m'arrive souvent de constater cette confusion ici dans son berceau même.

Je sais bien que la constatation du microbe dans les exsudats de la lèpre plaide au contraire en faveur de la contagion. Mais en clinique on ne peut faire plier les faits aux exigences théoriques, et les observations que je possède sont concluantes, du moins pour les cas dont j'ai été témoin jusqu'à présent.

D'après ce que j'ai observé jusqu'à ce jour, la lèpre tuberculeuse ou exsudative commence de trois manières :

1° L'individu menacé de la lèpre éprouve, à plusieurs reprises, pendant une ou deux semaines, et à des intervalles de quelques mois ou d'une année, une chaleur brûlante à la face et parfois aux membres. Cette brûlure est parfois si insupportable que les malades se font arroser la tête avec de l'eau froide ou qu'ils l'enfoncent dans un seau qui en est rempli, tant pendant l'été que pendant l'hiver. En même temps ils sont pris d'un mouvement fébrile général. Il y a courbature, anorexie, soif et un état de prostration qui oblige parfois de garder le lit. La fièvre intense, l'injection de la peau, l'élévation de la température qui peut aller jusqu'à 40° quelquefois, font penser à une fièvre éruptive. Souvent l'injection et la tuméfaction de la face ou des membres ont été prises pour de l'érysipèle. Ainsi j'ai vu des lépreux qui m'ont soutenu avoir eu sept ou huit érysipèles avant l'apparition des tubercules du côté des sourcils ou au front.

Ces accidents ont surtout lieu pendant l'été, et sont souvent attribués à l'effet d'un soleil ardent sur la face et les membres nus. J'ai observé bien des malades présentant ces phénomènes érysipélatiformes. L'injection et la tuméfaction de la face se développent simultanément partout. Ce n'est pas un point érysipélateux qui se propage et envahit. Les deux côtés de la face sont pris symétriquement. La

chose est surtout appréciable lorsque les deux jambes ou les deux bras ou avant-bras sont le siège de ces phénomènes que l'inexpérience pourrait confondre avec l'érysipèle.

Le plus souvent le mouvement fébrile est accompagné d'une injection partielle intense de la peau avec gonflement et sensibilité exagérée, de ces plaques roses plus ou moins foncées qui revêtent la forme de l'érythème noueux ainsi que le représente la planche n° 4.

Dans ces cas la température locale de la peau, ainsi injectée et tuméfiée, est élevée. Grâce à l'excellent instrument de M. le Dr Constantin Paul, j'y ai pu constater la chose à plusieurs reprises. En appliquant simultanément deux thermomètres sur les parties symétriques, c'est-à-dire sur les plaques érythémateuses d'un bras par exemple, et sur la partie correspondante du membre opposé ayant conservé l'aspect normal, j'ai pu constater une différence d'un demi, d'un degré, parfois d'un degré et demi et au delà.

Après sept à dix jours de durée, l'état fébrile disparaît; les plaques d'érythème noueux s'affaissent, mais la peau reste comme endurcie. Elle est un peu foncée, violacée, comme marbrée; l'épiderme s'y détache sous forme de furfures ou de petits lambeaux. Ces colorations foncées, devenant parfois bistres, ou comme ecchymotiques avec endurcissement de la peau, peuvent persister pendant des mois et même pour toujours. C'est ce qui a lieu surtout aux membres, et principalement lorsque ces poussées érysipélatiformes se sont répétées un certain nombre de fois. A la suite de ces phénomènes, de petits tubercules miliaires, bistres, peuvent pointer d'une manière discrète, surtout à la face; ou bien des exsudats en nappe mince se déposent aux régions sourcilières. Mais parfois aussi le tout disparaît, et la coloration de la peau redevient partout normale, ainsi que sa souplesse. L'état de prostration disparaît également, et le malade reprend sa vie habituelle, ignorant, ainsi que son médecin, la gravité de l'avenir. En général dans quelques mois, dans un an parfois, les mêmes accidents se reproduiront. Et ce n'est alors qu'après le retour, un plus ou moins grand nombre de fois, de ces phénomènes érysipélatiformes ou érythémateux, que les infiltrations de la peau de la face et des membres auront acquis droit de domicile, et que les petits tubercules ou les exsudats paraîtront, soit aux endroits mêmes qui ont été le

siège de ces phénomènes, soit dans les régions qui paraissent ne pas participer à cette injection, à cette tuméfaction, à cet empâtement de la peau.

Dans certains cas, la face, siège de ces accidents décrits, et même les membres, acquièrent une coloration foncée très prononcée, pareille à celle des Éthiopiens. Cette coloration persiste pendant des mois ; puis elle disparaît.

Dans d'autres cas, l'injection de la peau s'opère d'une manière différente :

Les extrémités des membres, parfois les avant-bras et les jambes jusqu'à leur tiers supérieur, les joues et même le nez, deviennent d'un rouge violacé. Il y a dans toutes ces parties manifestement une stase sanguine, une sorte d'asphyxie locale, qui s'observe tout aussi bien lorsque la température ambiante est basse que lorsqu'elle est élevée. Ces colorations uniformes affectent parfois la forme de larges plaques ; j'en ai vu de grandes comme la paume de la main et au delà, sur les cuisses et les fesses. Quelquefois aussi il y a de larges taches rouge cramoisi chez la personne dont les membres sont violacés. La piqûre par l'aiguille fait suinter un sang rouge rutilant ; tandis que celui qui sort de la piqûre des taches livides est foncé, violacé. Ces taches diminuent de coloration par moments ; celles du tronc peuvent disparaître et revenir. Leur température est toujours un peu plus élevée que celle des parties correspondantes dont la peau a l'aspect normal.

Enfin, dans certains cas le côté externe des avant-bras présente un aspect de coloration par marbrures violacées et rouges que je ne puis comparer qu'à l'aspect que revêtent les parties déclives d'un cadavre (Voir dessin n° 1).

Je répète que ces diverses colorations sont permanentes ou reviennent par périodes. Elles sont accompagnées de bouffissure d'abord et plus tard de tuméfaction, d'épaississement de la peau. Et bientôt, comme dans le début érysipélatiforme ou érythémateux, de petits tubercules bruns se montrent au front, entre les sourcils et à la région sourcilière externe, qui s'infiltre même en masse de manière à offrir une augmentation de l'épaisseur des téguments. De pareils tubercules naissent aussi au menton, sur les joues et sur les membres.

Dans des cas plus rares, l'infiltration légère de la peau reste limitée aux sourcils, qui perdent leurs poils et offrent une dilatation variqueuse de leurs capillaires. Les extrémités, le dos des mains surtout, présentent la même infiltration, le même empâtement avec dilatation des capillaires, sans qu'il se produise nulle part de tubercules. J'ai vu des malades qui sont restés dans cet état pendant trois et cinq ans. Mais de toute manière les vaisseaux capillaires des parties qui ont été le siège de ces fluxions restent variqueux. Ils encadrent plus tard les tubercules lépreux ou serpentent sur les infiltrations néoplasiques, principalement sur celles de la face (Voir planches n^{os} 5, 7, 16).

2° La seconde manière dont j'ai vu débuter la lèpre exsudative est insidieuse et tout à fait inattendue.

Au milieu d'une santé parfaite en apparence, sans douleurs, sans fièvre, sans prostration des forces, sans congestion ni tuméfaction de la peau, des taches pigmentaires blondes, pareilles à celles des femmes enceintes, apparaissent à la face et sur les membres, principalement aux avant-bras, à leur côté antéro-interne. Ces petites taches, variant de grandeur, s'élargissent plus ou moins. Il y en a qui deviennent plaques, tandis que d'autres ne dépassent pas les dimensions d'un grain de chènevis. Elles paraissent inoffensives, s'élèvent bientôt et deviennent saillantes, comme des papules rosées, puis brunes et couleur de jambon avec une petite exfoliation de leur épiderme. Elles ressemblent alors à s'y méprendre à des syphilides. Après trois ou quatre semaines d'un état stationnaire ou lentement progressif, des plaques sous-cutanées apparaissent aux membres ou à la face ; la peau s'y infiltre aussi par places ; les pavillons des oreilles se parsèment de tubercules. Nul doute n'existe plus alors, même pour les moins clairvoyants — j'aurais dû dire ne devrait plus exister, — car j'ai vu malheureusement des médecins qui diagnostiquaient encore la syphilis et soumettaient pendant des mois au traitement antisyphilitique des lépreux très avancés dont l'affection se lisait à distance.

Ces tubercules se ramolliront et s'ulcéreront plus tard, au bout de quelques mois ou de quelques années, selon la marche de la maladie. La planche n° 3 presente un exemple du développement de la lèpre à la suite d'une pigmentation par petits points comme des têtes d'épingles. Dans certains cas, avec la coloration violacée ou rouge

par places, il existe aussi des plaques de pigmentation brunes, comme cela se voit sur la planche n° 28 qui appartient au même sujet que les planches n^{os} 25, 26, 27. Cependant ici la pigmentation seule a précédé de plusieurs mois toute autre coloration.

3° Enfin la lèpre exsudative *circulaire*, se manifestant sous forme d'encadrements sinueux entourant des parties de peau d'aspect normal, peut paraître très rapidement, et atteindre dans deux ou trois semaines son parfait développement. Des lignes colorées en rouge violet circonscrivent des îlots de peau. Bientôt ces lignes s'épaississent, se colorent en jambon, forment une élévation d'un ou de plusieurs millimètres et affectent parfois la disposition des montagnes tracées sur les cartes géographiques en relief. La surface de ces cadres violacés se plisse, et l'épiderme s'y fendille en général perpendiculairement à leur direction. Ces encadrements acquièrent même parfois 25 millimètres de relief et même au delà, et peuvent circonscrire des îlots de peau de 20, de 30 centimètres et plus. En général leur saillie est en raison inverse de leur étendue. Ces manifestations de la lèpre ressemblent aussi parfois d'une manière presque absolue à la syphilis et donnent naissance à des erreurs graves de la part du monde et même du médecin.

Lorsque la lèpre débute de cette manière, il y a encore des phénomènes généraux tels que fièvre, prostration, anorexie, amaigrissement, douleurs dans les membres, etc.

J'ai vu cette forme de la lèpre apparaître d'une manière soudaine et galopante chez un rabbin et devenir telle qu'on la voit reproduite sur les planches n^{os} 14 et 15 dans l'espace de vingt-quatre jours. La face présentait des plaques saillantes violacées d'un demi et d'un centimètre ; tandis que le tronc et les membres offraient des reliefs irrégulièrement circulaires, plus ou moins grands, embrassant des parties de peau à aspect normal. Ce malade a guéri ou du moins paraît être guéri quant à présent.

DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LA LÈPRE D'ORIENT.

Dans la lèpre tuberculeuse ou néoplasique dont je m'occupe, j'ai constamment trouvé la perte plus ou moins absolue de la sensibilité

cutanée, ou tout au moins sa diminution remarquable. C'est ainsi que la peau de la face, là où elle est épaissie par des infiltrations exsudatives et sur les tubercules, lorsque ceux-ci existent, se laisse piquer et même percer de part en part par une aiguille, sans que le malade accuse la moindre sensation douloureuse, sans qu'il s'en aperçoive même, si l'on a la précaution de lui fermer les yeux et si l'on n'exerce pas une pression que les parties sous-cutanées percevront. La sensibilité au contact est abolie en même temps que la peau est analgésique. Les pavillons des oreilles, s'ils sont le siège d'exsudation, le dos des mains, les avant-bras surtout à leurs côtés externes et internes, siège de prédilection des grandes exsudations en plaques, et parfois l'avant-bras dans sa totalité au tiers ou bien à ses deux tiers inférieurs, lorsque la peau y est même infiltrée uniformément, comme bouffie, avec ou sans dépôts circonscrits, sont presque toujours insensibles au toucher et à la piqûre. Un pli des téguments s'y laisse traverser par l'épingle sans aucune souffrance. Il en est de même du dos du pied et de la jambe lorsque ces parties sont envahies par des tubercules ou bien lorsqu'il y a un épaississement uniforme des téguments qui sont devenus alors plus durs et comme adhérents aux parties sous-jacentes. La coloration de toutes ces régions insensibles est, en général, foncée, bleuâtre, comme asphyxique. Ou bien il y a une pigmentation soit en larges plaques, soit par petits points. Cependant il m'est arrivé de constater l'insensibilité dans toutes ces parties sans aucune altération appréciable à la vue.

Il est à remarquer que la paume de la main et la plante des pieds perdent très exceptionnellement leur sensibilité cutanée lors même que celle-ci a disparu sur les jambes, les avant-bras, le dos des pieds et des mains. Le cou et le tronc conservent en général leur sensibilité, excepté, ce qui est relativement rare, s'ils sont envahis par des infiltrations ou s'ils sont le siège de taches pigmentaires. Dans ces cas, la sensibilité disparaît sur le trajet du tégument ainsi modifié.

Lorsque la lèpre exsudative revêt la forme de cercles plus ou moins étendus, sinueux, complets et incomplets, la partie de la peau ainsi circonscrite est analgésique.

Ce n'est pas seulement le contact et la piqûre qui ne sont pas ressentis par les lépreux dans les régions que nous venons de dési-

gner : la chaleur et le froid ne sont pas perçus non plus. De là des traces de brûlures que les madales présentent surtout l'hiver, aux mains, aux avant-bras et aux jambes ; cela tient à ce que, à cause de leur insensibilité, ils s'approchent trop des réchauds, des fourneaux de cuisine, etc. Je ne manque pas d'interroger la peau par un morceau de métal chauffé ou froid et je constate presque toujours la perte absolue de sa sensibilité à la température, ou tout au moins sa grande diminution dans les régions ci-dessus mentionnées.

Chose remarquable ! parfois l'insensibilité de la peau aux extrémités précède de beaucoup toute manifestation lépreuse locale de plusieurs mois, d'un an et même davantage. C'est ainsi que le sujet de la planche numéro 7, assis un jour par inadvertance sur une épingle qui s'est enfoncée dans ses téguments, n'en fut informé que par ses camarades de l'école. Depuis ce jour il s'amusait à traverser la peau de sa jambe avec une épingle devant les autres enfants qu'il défiait d'en faire autant. Ce n'est que *deux ans* plus tard que les tubercules ont paru à la face.

Pendant la période des phénomènes aigus, tels que fièvre, rougeur érysipélatiforme de la face, ou aspect d'érythème noueux sur les membres, la sensibilité se trouve exagérée sur ces diverses parties ; de manière que le seul contact en est très pénible. Cette hyperesthésie diminue à mesure que la fluxion passe. Elle sera abolie lorsque, à l'injection et à l'élévation de la température, succédera la coloration brunâtre ou violacée, avec épaississement ou tuméfaction de la peau.

Les lépreux qui ont de vastes ulcères aux membres, dont la profondeur plus ou moins grande peut atteindre jusqu'aux aponévroses et au delà, n'éprouvent pas la moindre sensation lorsque je les cautérise avec le cautère de Paquelin que je maintiens parfois pendant des secondes à la même place pour modifier leur aspect gangréneux ou diphtéritique. Ils regardent leur chair fumer sans douleur, sans émotion !

Souvent lorsque les ulcères se comblent et qu'ils touchent à leur cicatrisation, grâce à ce moyen héroïque, la sensibilité revient ; et le malade, qui se laissait cruellement brûler avec insouciance, souffre terriblement aux approches mêmes du métal rougi. Le retour de la sensibilité est un excellent signe d'amélioration et fait espérer la guérison, comme j'ai été assez heureux de le constater quelquefois.

Mais dans d'autres cas l'amélioration marche à grands traits, la maladie s'arrête dans son cours ; elle a même reculé ; le malade paraît guéri, et néanmoins la sensibilité reste définitivement perdue dans certaines régions. C'est ce qui arriva chez le rabbin (observation IV) dont la peau circonscrite par les cercles exsudatifs résorbés et presque effacés se laisse piquer et brûler au cautère de Paquelin sans aucune perception de la part du patient.

Le malade, dont les jambes avaient recouvré leur sensibilité à la chaleur pendant les dernières séances de cautérisation et qui est guéri actuellement, conserve l'insensibilité aux deux avant-bras et à la face, là où siégeaient les gros tubercules que j'ai détruits par le cautère.

On voit par ce qui précède que dans la lèpre tuberculeuse ou exsudative, la sensibilité est plus ou moins complètement abolie. Or le symptôme *anesthésie* ne peut servir à discerner cette affection de la maladie de Danielsen que cet auteur désigne sous le nom de lèpre anesthétique, si tant est que cette maladie doive être considérée comme une lèpre.

Cependant, certains lépreux éprouvent à toutes les périodes de leur maladie des douleurs spontanées dans les membres, des engourdissements, des fourmillements ; ou bien ils *conservent* leur sensibilité normale. Mais ce dernier cas est rarissime.

La diminution de la force musculaire a presque toujours lieu, surtout lorsque la maladie date d'un certain nombre d'années. On voit alors que les masses musculaires ont perdu de leur volume. Les membres paraissent émaciés, surtout aux avant-bras et aux jambes. Mais je m'empresse d'ajouter que cette atrophie n'arrive que bien longtemps après le début de la maladie et qu'elle atteint très rarement les interosseux et les muscles de la région thénar et hypothénar. Tandis que dans la maladie de Danielsen (dans sa lèpre anesthétique), dès le début, les muscles commencent à se paralyser et s'atrophier. Et cette atrophie aboutit bientôt à la disparition presque totale des muscles, surtout à la face et aux mains ; de manière que les malades ressemblent absolument à ceux qui sont atteints de l'atrophie progressive de Duchesne. Cette atrophie des muscles de la main ne se rencontre jamais dans la lèpre exsudative que j'observe et dont je

m'occupe dans ce travail, pas plus que la déformation des mains spéciale à la maladie de Danielsen.

DES TROUBLES DU SENS GÉNITAL DANS LA LÈPRE EXSUDATIVE.

Lorsque la lèpre se développe avant l'âge de la puberté, il y a comme un arrêt dans le développement physique et même moral de l'individu, qui reste enfant et ne porte jamais son âge. C'est ainsi que j'ai vu des malades, lépreux depuis l'âge de onze ou de douze ans, n'en pas porter plus de quatorze ou quinze lorsqu'ils en avaient vingt et quelques. Les organes génitaux sont alors rudimentaires. Souvent il n'a même pas poussé de poil au pubis, et le sens génital reste définitivement muet. Il n'en est pas de même lorsque la lèpre a commencé après l'adolescence. Il arrive alors que les malades, femmes ou hommes, soient très portés à l'amour; on les voit se sauver de l'endroit où ils sont parqués avec séparation des sexes, et se ménager des rencontres soit avec des personnes atteintes de la même affection, soit avec des individus indemnes. C'est ce besoin impérieux des relations sexuelles à une certaine période de l'affection, qui fait que les lépreux se marient et que des malades musulmans ont pris femme deux et trois fois.

Mais lorsque la maladie a fait de grands progrès, lorsque la destruction des dépôts néoplasiques commence, il y a exténuation des forces, et les organes génitaux sont réduits au silence. Ainsi les lépreux femmes et hommes n'engendrent que tant que la maladie n'a pas effectué de grands progrès. La plupart n'ont pu avoir qu'un ou deux enfants. Après quoi survient la stérilité la plus complète, et cela avant même que chez l'homme l'orgasme vénérien ait entièrement disparu. Chez les femmes, la suppression des règles de bonne heure, parfois même dès le début de l'affection, ou tout au moins leur irrégularité et leur apparition rare, font que la conception n'est pas fréquente.

Les autres symptômes offerts par les lépreux seront rapidement énumérés ici.

Et d'abord l'*intelligence chez les lépreux* subit assez souvent de grandes atteintes. Ceux qui ont été frappés de cette terrible maladie

dès leur enfance éprouvent, en même temps que l'arrêt dans le développement somatique, un arrêt dans l'évolution normale des facultés intellectuelles. Tristes et moroses, ils sont toujours silencieux ou peu communicatifs, et ne paraissent pas s'intéresser beaucoup à ce qui les entoure. Préoccupés toujours de leur état, et instruits malheureusement sur le sort qui les attend, ils ont une expression de tristesse constante, ou d'hébétude. Il y a même de véritables mélancoliques, dont les lèvres ne sont jamais effleurées par le plus léger sourire.

Le sens de la vue est très souvent affecté. Des injections de la conjonctive oculaire aux alentours de la cornée, principalement vers le côté externe, se répètent sous forme de fluxions plus ou moins récalcitrantes aux moyens ordinaires. Bientôt des vaisseaux variqueux donnent à l'œil une coloration rouge vive ou violacée ; et, à la fin, la conjonctive située près de la circonférence de la cornée, le plus souvent du côté externe, s'épaissit, devient comme gélatineuse, brunâtre, proéminente, et reste ainsi gonflée et tuméfiée d'une manière permanente par une exsudation sous-jacente. La conjonctive ainsi modifiée devient le point de départ de fluxions périodiques. Le travail congestif finit, à la longue, par envahir la cornée dont la surface se couvre progressivement de ce tissu comme gélatineux, de manière que la vue se trouve finalement compromise. Parfois toute la cornée est définitivement couverte par ces exsudations ou bien elle est devenue opaque par suite des kératites successivement répétées (pl. III).

Dans les cas les plus fréquents, à la suite d'une congestion conjonctivale siégeant de préférence au côté externe de l'œil, il y apparaît un tubercule qui, petit d'abord comme une lentille, se développe peu à peu et atteint dans l'espace de quelques mois le volume d'un pois de petites dimensions. Ce tubercule envahit en général la cornée, produit une fluxion autour de lui, peut marcher également vers la profondeur et amener une iritis avec décoloration de cette membrane, une irrégularité de la pupille, de la photophobie, etc. Ces accidents oculaires, combattus avec plus ou moins d'efficacité, reviennent à mesure que le tubercule se développe, et lorsqu'enfin celui-ci arrive à la période de ramollissement, l'œil peut se détruire

en se vidant. Ou bien la cornée opaque et l'iris déformé, adhérent, synéchique et couvert de dépôts plastiques, ne laissent plus arriver dans l'œil que quelques rayons lumineux à peine suffisants pour conduire le malade. Enfin des lésions profondes peuvent amener la cécité par atrophie du globe oculaire.

Nous avons vu avec M. le Dr Constantin Paul, dans les léproseries de Throndjem, de Bergen, mais surtout dans celle de Moldé admirablement organisée et dirigée par un chirurgien distingué, le Dr Caurin, les résultats très satisfaisants d'une opération entreprise dans le but d'arrêter le travail envahissant de ces tubercules de la conjonctive qui empiètent sur la cornée. Le chirurgien fait tout simplement, avec un couteau à cataracte, l'incision superficielle de la cornée, un peu au delà des limites du tubercule lépreux. La cicatrice qui s'y produit consécutivement sert de barrière à l'envahissement néoplasique, et la cornée se trouve ainsi préservée, du moins pendant un certain temps et même pendant des années, des suites de l'exsudat.

Les fosses nasales sont souvent atteintes par la lèpre. Les cartilages du nez, et surtout le vomer sont détruits. Les os du nez ne sont pas à l'abri de la destruction non plus, à une période plus avancée de la maladie. Il va sans dire que le sens de l'odorat se trouve plus ou moins aboli. Il en est de même de celui du goût lorsque le palais, le voile et la langue sont atteints par l'exsudation lépreuse.

L'ouïe n'est atteinte que si le conduit auditif est le siège de tubercules qui le bouchent et le déforment, ou bien lorsque la maladie, ayant fait des ravages du côté de l'arrière-gorge, a compromis la trompe d'Eustache.

Pour ce qui concerne les fonctions digestives, elles sont les dernières influencées par la lèpre. Aussi l'appétit est-il conservé, excepté pendant les poussées aiguës dont nous avons parlé. Les digestions sont bonnes et les évacuations normales tant qu'il n'y a pas anémie profonde, et surtout cet état cachectique qui survient lorsque le malade s'approche du terme fatal. La mort peut alors être consécutive à une diarrhée colliquative à forme dysentérique.

La marche de la lèpre exsudative, que j'étudie en ce moment, est essentiellement chronique, avec des arrêts et des réveils successifs.

Elle met en général plusieurs années à parcourir ces stades, à produire ces destructions, ces mutilations terribles, et finalement la mort de diverses manières.

C'est ainsi que l'on voit des malades qui en sont affligés depuis dix, vingt et trente-cinq ans ! et pourtant ils résistent, ils vivent ! Les uns ont perdu un plus ou moins grand nombre de doigts et d'orteils : les autres le nez dans sa totalité même, de manière qu'on peut plonger le regard, par l'hiatus nasal, jusqu'aux profondeurs du pharynx. Les autres n'ont des yeux que des moignons végétants. Il y a même de ces malheureux qui ont perdu non seulement le nez et le palais, mais aussi la partie antérieure du maxillaire supérieur. La langue ne trouve plus de point d'appui pour articuler les sons, et la parole devient presque impossible. Le larynx est souvent envahi jusqu'aux cordes vocales et peut à peine produire un bruit discordant qui ne ressemble plus à la voix humaine. Le corps est couvert de cicatrices ou d'ulcères profonds, infects ; les articulations du pied, surtout les tibio-tarsiennes, sont ouvertes et suppurent abondamment. Ces débris humains privés presque de tous les sens, et réduits à la vie végétative, qui ne s'accomplit encore qu'avec peine, ne peuvent plus opérer la préhension de leurs aliments, et n'offrent qu'un vaste foyer de suppuration. Réduits à l'immobilité, ils présentent dans leur lit l'aspect d'un cadavre mutilé maladroitement par des élèves à leur début. Ils ne peuvent plus accomplir aucun mouvement, ni pour satisfaire à leurs besoins naturels, ni pour changer de décubitus. Il y en a même qui ne sont plus en communication avec le monde extérieur par aucun des appareils de relation. Ils feraient horreur même à l'anatomiste si habitué à voir des tronçons de cadavres en décomposition ! et pourtant ils vivent ainsi pendant des mois ou des années, immobiles dans leur lit et ne donnant à distance, comme signe de vie, que de rares et bien faibles mouvements respiratoires !

La lèpre que j'observe à Constantinople se présente sous certaines formes qui diffèrent les unes des autres et que je vais exposer succinctement.

Lèpre léontine. — C'est la lèpre tuberculeuse classique (pl. I, II et III). Les tubercules siègent partout à la face : aux régions sourcilières, dont les poils sont tombés ; au front, sur le nez, qui est tout

déformé; aux joues, au menton, aux pavillons des oreilles. Il est exceptionnel qu'on en rencontre dans le cuir chevelu, qui reste aussi *toujours garni de cheveux*. Ces tubercules ont des dimensions variables depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'un gros pois. Ils sont en partie saillants au-dessus de la surface cutanée, en partie contenus dans l'épaisseur de la peau. Il y a en outre des infiltrations en plaque dans la peau de ces diverses régions. Aussi le tégument a-t-il doublé et même triplé d'épaisseur. La face est donc très déformée. Elle est ronde comme la tête d'un carnassier; et les plis perpendiculaires de la peau de la région intersourcilière sont tellement accusés qu'ils ressemblent par leur proéminence à ceux du lion. Toute la face est bouffie, congestionnée. Les vaisseaux capillaires variqueux serpentent en nombre considérable autour des exsudats ou sur leur surface. Les lèvres sont extrêmement épaissies par les infiltrations néoplasiques; souvent leur coloration normale disparaît, par suite de cet envahissement dans leur totalité. Elles sont alors uniformément bistres ou congestionnées tant à leur face extérieure qu'à leurs bords tout déformés. Elles restent béantes et la salive s'en écoule. Les narines étant bouchées par les exsudations, la respiration s'opère par la bouche.

L'insensibilité de la peau est la règle. Ce n'est que plusieurs années après le début de la lèpre, que la face se trouve ainsi envahie dans sa totalité de manière à ressembler à la tête d'un carnassier. Avec la face léontine, nous avons toujours trouvé les membres thoraciques et pelviens couverts de tubercules et d'exsudats sous forme de larges plaques épaisses, dont plusieurs en pleine suppression.

La planche I reproduit la face d'un lépreux qui n'a pas encore l'expression léontine. On y voit très distinctement les varices des capillaires de la peau.

On rencontre sur le même sujet des ulcères très profonds et très larges, à fond comme diphtéritique qui parfois devient même gangréneux. Ces ulcères entourés de bords épais, calleux, plus ou moins violacés, suintent en abondance un liquide peu épais, infect, parfois teint en rouge par du sang en plus ou moins grande quantité.

Il est rare que ces ulcères des jambes soient consécutifs à la fonte

d'un exsudat circonscrit. Presque toujours la peau de ces régions, infiltrée plus ou moins, et durcie de manière à ne pas conserver l'empreinte du doigt qui la comprime comme dans l'œdème, est tendue, violacée ou pigmentée. Un petit coup accidentel sur la face antérieure du tibia, suivi d'une légère ecchymose ou d'une excoriation superficielle, peut être le point de départ d'un travail ulcératif progressif. Mais le plus souvent une petite phlyctène, comme celle de la variole commençante, apparaît sans provocation aucune. Elle se remplit d'un liquide séro-sanguinolent, et laisse voir, après sa rupture, le derme légèrement ulcéré. Le travail destructeur marche alors de plus en plus, tant à la surface que vers la profondeur, jusqu'à l'aponévrose même qui, à la longue, peut aussi être détruite de façon à laisser voir les muscles sous-jacents.

Ces ulcères des jambes sont très communs chez les lépreux de Constantinople, et leur développement me paraît être favorisé par la station debout que gardent ces malheureux toute la journée comme marchands ambulants, ou comme manœuvres.

On observe quelquefois une *lèpre très discrète.* A peine existe-t-il quelques petits tubercules miliaires à la région des sourcils et au menton, bien que la maladie date de plusieurs années. L'injection des capillaires y est très marquée.

En outre on constate chez le même malade une disposition curieuse de taches mélaniques avec épaississement de la peau. Jamais il n'y a eu de tubercules sur les membres de ce malade.

Cette forme de *lèpre discrète* est bien plus limitée chez certains malades.

Ainsi j'observe en ce moment une femme israélite âgée d'une trentaine d'années et atteinte de la lèpre depuis cinq ans. Personne dans sa famille n'a eu cette affection, ni du côté des parents ascendants ni du côté des collatéraux. Mariée, elle a trois enfants dont le dernier a été conçu après le début de la lèpre. Ils sont indemnes ainsi que son mari, qui continue ses relations intimes avec elle. Cette femme attribue sa maladie à une grande frayeur qu'elle a ressentie par suite d'un incendie qui a détruit sa maison, et au chagrin qu'elle en a éprouvé. Toujours est-il qu'après des congestions très intenses de la face, qui devenait brûlante et turgescente pendant des semaines, et cela à

plusieurs reprises, elle remarqua un léger épaississement de la peau des régions sourcilières. Plus tard de petites phlyctènes ont apparu sur les jambes. Elles se sont rompues et donnèrent naissance à des ulcères.

Aujourd'hui, bien que l'état général de la malade trahisse une maladie générale diathésique (elle est maigre, chétive, faible, profondément anémique, etc.), il n'y a pas un seul tubercule sur le corps. La face ne présente qu'un très léger épaississement du tiers externe des régions sourcilières, qui n'ont pas conservé un seul poil. Les mains, les avant-bras, les jambes, sont légèrement tuméfiés et un peu violacés. L'expression de sa *lèpre est donc* surtout *ulcérative* ou ulcéreuse. En effet, cette malade porte plusieurs ulcères étendus aux deux jambes. On voit, sur d'autres points des membres pelviens, des cicatrices d'ulcères antérieurs. Mais nul tubercule ou trace d'exsudats anciens, détruits spontanément ou thérapeutiquement. L'anesthésie de la peau est complète à la face, aux régions sourcilières et dans les environs, au dos des mains, au tiers inférieur des avant-bras ainsi qu'à la moitié inférieure des jambes et au dos des pieds. On peut y traverser la peau de part en part sans que la malade accuse la moindre sensation. Aussitôt que la pointe dépasse l'épaisseur de la peau, la malade ressent de la douleur. Les muscles n'ont éprouvé aucune atrophie ; les orbiculaires des paupières sont normaux, et on n'observe chez elle aucune paralysie musculaire, faciale ou autres; aucune déformation des doigts ou des orteils, qui conservent toute leur flexibilité et leur agilité normales. Il n'y a donc aucune ressemblance entre l'état de cette malade et celui des individus atteints de la maladie de Danielsen (sa lèpre anesthétique). Je propose d'appeler cette forme de lèpre *ulcérative* ou *ulcéreuse*.

La lèpre exsudative *forme circulaire* est moins commune que les précédentes. Néanmoins j'ai observé un certain nombre de malades qui offrent cette curieuse variété. La face et les mains présentent de grandes taches à contours irréguliers qui les envahissent parfois dans presque leur totalité. Ces taches sont rouges violacées ou de couleur jambon, en légère saillie au-dessus du niveau du tégument. Leur surface est dans une mue continuelle de furfures plus ou moins ténues.

La peau, prise entre les doigts, fait constater un épaississement, une infiltration dans sa totalité, sur toute l'étendue de cette coloration qui ressemble, tantôt à la modification consécutive à l'eczéma chronique en voie de disparition, tantôt à des manifestations syphilitiques. Les membres et le tronc présentent la disposition en *cercles* à bords sinueux, toujours couleur de jambon, saillant plus ou moins, tantôt s'élargissant sous forme de cadres de 2 et 3 centimètres ; tantôt réduits à quelques millimètres seulement. La surface de ces cadres est plus souvent couverte de plaques d'épiderme qui la rendent blanchâtre. Ces plaques écailleuses s'enlèvent sous forme de lambeaux pour laisser la surface cutanée plus ou moins irrégulière et âpre au toucher. Quelquefois il y a aussi de petites gerçures et de petites croûtes jaunâtres. Ces encadrements sinueux sous forme de bandes s'élargissant et se rétrécissant par places, que je ne puis mieux comparer qu'aux saillies qui indiquent les séries de montagnes sur les cartes géographiques en relief, sont constitués souvent par la fusion de nombre de petites plaques arrondies ou allongées d'un centimètre chacune et au delà, qui se groupent et se confondent pour contribuer à la formation de la bande. La peau circonscrite par ces cercles irréguliers tantôt saillants, tantôt ne dépassant pas le niveau du tégument, et en général allongés dans le sens des membres, est de 5, 10, et même 40 et 50 centimètres. En général elle garde son aspect normal. Mais dans d'autres cas, principalement lorsque le cercle est petit, la peau circonscrite est de moins en moins nuancée jusqu'à la partie centrale, qui a conservé sa couleur naturelle.

Sur le tronc, on voit chez certains malades, dans cette forme de la lèpre, des exsudats de 1 ou de 2 centimètres, en saillie, parfois framboisés, parfois à centre déprimé et décoloré, et dans certaines régions on rencontre des surfaces larges comme la main, violacées, couvertes de plaques d'épiderme qui s'écaillent et qui en rendent l'aspect blanchâtre. Cette dernière disposition se voit principalement sur les fesses. Enfin dans quelques cas il y a en même temps des tubercules de lèpre gros comme des pois, saillants, parsemés par ci par là à la face, au cou, sur le tronc.

Lorsque ces manifestations débutent, et qu'il n'y a encore qu'une coloration rouge violacée, comme asphyxique, la sensibilité cutanée

est exagérée, de manière que le simple contact en est douloureux. Mais plus tard, le contact, la piqûre et les corps chauds ou froids, ne déterminent aucune sensation, soit sur les encadrements, soit sur les îlots de peau que ceux-ci circonscrivent, lors même que le tégument y a conservé son aspect normal. Les malades présentant cette lèpre à cercles ne ressemblent point aux individus atteints de la maladie de Danielsen (sa lèpre anesthésique). Il n'y a jamais paralysie des muscles orbiculaires des paupières, ni ce défaut d'expression de la face par suite de la non contraction des muscles faciaux; ni la déformation spéciale des doigts et des orteils, etc. De plus, dans la maladie de Danielsen, les cercles, lorsqu'ils existent, ne sont constitués que par une simple pigmentation linéaire sans saillie, sans infiltration de la peau, sans exsudat. D'ailleurs ces cercles manquent la plupart du temps ou bien ils ont une durée passagère. Enfin dans la maladie de Danielsen il peut n'exister que de petites taches pigmentaires pareilles à celles de la grossesse, disséminées sur la surface cutanée de la face, ou des membres; disposition très commune d'ailleurs chez les gens du Nord et même chez presque tous les Norvégiens bien portants.

J'ai observé également une forme de la lèpre exsudative que je propose d'appeler *chéloïde*. En effet, on voit à la face d'une malade des exsudats saillants au-dessus de la peau, consistants, semblables à des cordons rosés, à trajets irréguliers, mais avec tendance à la disposition circulaire, et ressemblant à ces cicatrices vicieuses avec hyperplasie que l'on rencontre parfois à la suite de coupures ou d'incisions chirurgicales et désignées sous le nom de *chéloïdes*. Actuellement encore les exsudats et la peau d'apparence normale, qu'ils tendent à circonscrire, conservent leur sensibilité. La peau du tiers inférieur des avant-bras, des mains et des pieds à leur face dorsale, et du tiers inférieur de la jambe sentent déjà bien moins qu'à l'état normal; et je m'attends à ce qu'elle devienne plus tard absolument insensible.

La planche IV appartient à une malade *sclérodactylique*, devenue plus tard lépreuse. C'est le premier fait de ce genre à ma connaissance.

Cette jeune fille, âgée de vingt-deux ans environ, originaire de l'île

d'Andros, n'ayant aucun héritage lépreux, fut atteinte de sclérodermie et de sclérodactylie depuis l'âge de douze ans environ. Je l'observais pour cette affection; j'avais fait dessiner et mouler ses mains dont les doigts sont atrophiés sans avoir subi aucune mutilation et conservent leurs ongles déformés, lorsqu'il y a dix-huit mois je fus frappé de l'apparition à la face, aux avant-bras, aux mains, aux jambes et aux cuisses d'un nombre considérable de petites taches pigmentaires disséminées, semblables à celles que portent certaines femmes grosses sur le front, les joues et le nez. Bientôt, c'est-à-dire dans l'espace de quelques semaines, plusieurs de ces taches furent transformées en petites papules saillantes appréciables au doigt, de couleur de plus en plus brunâtre. Plus tard, l'épiderme qui les couvrait eut de la tendance à se détacher; et l'on aurait dit avoir affaire à une syphilide lenticulaire; le tronc est toujours resté indemne. Enfin progressivement les papules sont devenues des tubercules saillants. En même temps des exsudats sous-cutanés, sous forme de plaques, ont paru dans la peau des avant-bras et au dos des mains, près de la tête des métacarpiens; puis les tubercules se sont ramollis et des ulcères ont succédé à leur destruction. Un travail congestif s'est manifesté sur le côté externe de la conjonctive de l'œil droit; et bientôt il y apparut un tubercule. En un mot la lèpre tuberculeuse commença sous mes yeux chez une sclérodermique et elle a suivi une marche assez rapide. La peau des diverses régions envahies par les exsudats lépreux est complètement anesthésique au contact, à la piqûre, aux corps froids ou chauds. Cette malade n'a consenti à se soumettre au traitement par le cautère Paquelin qui m'a donné d'excellents résultats, ainsi que je le dirai plus tard, que tout dernièrement.

Quelle conclusion tirer de cette observation? Faut-il en inférer que la sclérodermie et la lèpre, toutes deux de nature identique et consécutives à des troubles trophiques, ne sont que l'expression d'une seule et même diathèse? Ou bien que la lèpre ne s'est développée que par hasard sur un sujet sclérodermique? J'avoue que, en présence d'un cas unique, je ne me crois pas autorisé à conclure. Je cherche des cas analogues qui me permettront de discuter plus tard la question.

Enfin, la lèpre exsudative, tuberculeuse, peut être compliquée d'autres affections cutanées qui en altèrent l'expression, au point de faire hésiter quelquefois pour le diagnostic. Cependant la présence des exsudats enlève tout doute à cet égard, conjointement avec les autres symptômes spéciaux.

La planche n° III montre la tête d'une femme atteinte de lèpre tuberculeuse avec couperose. La vue est perdue de deux côtés, par suite de kératites à répétitions. Cette femme, outre les exsudats des régions sourcilières, porte de gros tubercules lépreux aux pavillons des oreilles. Aux deux olécrânes, on voit une éruption en relief qui me paraît être constituée par des exsudats lépreux agglomérés et modifiés par la pression. La peau des avant-bras est comme bistre par le fait d'une pigmentation générale intense.

La même malade présente au bras droit une peau ichthyosique qui revêt l'aspect de la peau du crocodile.

Enfin, sur la planche n° V on remarque une pigmentation très foncée et une modification *momifique* de la peau de la main gauche.

La planche n° II reproduit la face d'une femme de vingt-trois ans qui a été d'une beauté remarquable. C'est un exemple de lèpre exsudative, hypertrophique, pigmentaire qui a atteint un degré très prononcé de cachexie.

Traitement. — Lorsqu'on a étudié et suivi un grand nombre de malades atteints de la lèpre néoplasique, on acquiert la conviction profonde que cette terrible maladie, malgré sa tendance destructive et l'arrêt de mort qu'on lui attribue dès son apparition, peut néanmoins éprouver des ralentissements et des reculs dans son évolution fatale, et que dans certains cas, rarissimes il est vrai, on voit survenir la guérison définitive, d'une manière spontanée; mais après dix, quinze ou vingt-cinq ans de durée et même davantage!

Or, quel est le procédé suivi par la nature lorsqu'un de ces malheureux est ainsi favorisé par le sort, si tant est qu'il soit alors l'objet d'une faveur? C'est le *procédé* de destruction.

Les dépôts néoplasiques, qui envahissent successivement les diverses parties de l'économie, se ramollissent, s'ulcèrent, suppurent et s'éli-

minent ainsi, en occasionnant souvent des lésions consécutives qui peuvent elles-mêmes mettre aussi la vie du malade en danger imminent. Les dépôts plastiques formés dans le nez le détruisent et laissent souvent béantes les fosses nasales. Les lèvres, le palais, les paupières peuvent disparaître consécutivement au travail ulcératif de la lèpre; les globes oculaires, attaqués en général de dehors en dedans par l'apparition de tubercules qui s'enfoncent et creusent, finissent par se vider; les doigts, et parfois les mains et les pieds, sont frappés de mort et tombent. Le corps du malade est un foyer de suppuration et d'infection qui fait horreur! Et si le malheureux lépreux a pu résister à ce travail suppuratif, à cette destruction qui ne respecte aucune partie de son corps, à cet épuisement par la cachexie la plus profonde et la fièvre la plus hectique, ce n'est en général qu'après avoir été réduit à un moignon hideux, à un objet qui répugne; après avoir été dégradé par la privation de ses sens de relation et même de son intelligence. Car celle-ci même a éprouvé des atteintes profondes par le chagrin de se savoir fatalement condamné à une agonie lente durant plusieurs années, par le désespoir de se voir cruellement proscrit par toutes les lois humaines qui brisent à son préjudice les liens les plus sacrés sans la moindre culpabilité de sa part. Ce n'est pas peu de chose en effet que de se trouver abandonné par les amis, les parents, le conjoint et les enfants pour toujours, et d'être mis au ban de la société et hors la loi! Cet abandon sauvage d'un être malheureux et souffrant, sans humanité, sans secours aucun, se voit surtout chez les Israélites et dans les îles de l'Archipel; car, une fois étiqueté, le lépreux vit dans des privations cruelles; il souffre de la faim et du froid; il languit et pourrit sans entendre une parole consolatrice, sans recevoir la visite du médecin qui porte toujours, quoi qu'on en dise, le baume consolateur, soutient le courage et donne de l'espoir jusqu'au dernier souffle de la vie. Ces malheureux, chassés dans les montagnes, portent dans plusieurs endroits une clochette au cou pour informer et faire fuir tout être humain; ils ont devant les yeux, tant qu'ils peuvent voir, leurs compagnons d'infortune qui s'éteignent lentement en se transformant en foyers de suppuration infecte. A part les souffrances physiques, ils finissent, ce qui se conçoit facilement, par avoir l'intelligence ébranlée et la plupart du temps ils sont saisis d'une tristesse

qui va jusqu'à la mélancolie la plus profonde et finalement jusqu'à l'obtusion de toute fonction intellectuelle.

Ainsi, lorsqu'un lépreux peut échapper à la mort, c'est par la destruction qu'il arrive à se conserver et à guérir, après avoir été mutilé, aveuglé et souvent réduit à l'état d'imbécile.

En partant de ce fait d'observation, j'ai pensé que si, tout en combattant autant que possible la diathèse, la dyscrasie par une bonne hygiène, par la propreté et une bonne nourriture (ce qui, soit dit en passant, est bien difficile à obtenir ici, vu la misère profonde de la plupart de ces malheureux), par une thérapie modificatrice de l'état général, j'allais au-devant des tendances curatives de la nature ; si je détruisais tous ces dépôts plastiques avant qu'ils n'envahissent les parties délicates de l'organisme, soit par l'extension de l'infiltration, soit par son travail ulcératif qui souvent ne s'arrête pas à l'exsudat, mais s'étend au voisinage ; j'ai donc pensé que si je détruisais à temps les dépôts néoplasiques avant leur suppuration spontanée générale, et l'épuisement consécutif de l'organisme, avant l'arrivée de la cachexie, je pouvais rendre service à mes malades. Dans cet ordre d'idées j'ai choisi comme moyen thérapeutiqne destructeur le cautère de Paquelin. Je m'empresse de proclamer les effets les plus heureux de cette méthode.

J'ai fait faire une pointe fine en platine, comme une grosse aiguille, pour les tubercules cutanés que je traverse jusqu'à leurs limites profondes : je pénètre avec ce même instrument un nombre plus ou moins considérable de fois, selon leur étendue, dans l'épaisseur des exsudats en plaques. Je cautérise avec le champignon de Paquelin, et impitoyablement, les ulcères ; j'attaque jusqu'aux tubercules du palais et du voile, et je n'ai qu'à me louer des résultats bienfaisants obtenus par ce moyen. Et d'abord, il est très rare que les malades souffrent pendant la cautérisation. Étant presque tous analgésiques, ils n'éprouvent ni douleur ni chaleur, lors même que je maintiens pendant des secondes le métal rougi sur leurs chairs fumantes.

Par ce moyen, je n'ai qu'à cautériser une seule fois chaque tubercule qui suppure, se vide et se cicatrise. Je suis porté à croire que le tissu cicatriciel qui en résulte étouffe par sa rétraction les restes du néoplasme et en empêche l'extension.

Les vastes ulcères des membres se modifient très heureusement dès la première cautérisation, et marchent vers la cicatrisation, que j'obtiens en général au bout de quelques semaines. Et l'on sait quelle est la marche envahissante, destructive et chronique de ces ulcères!

Il est à noter que souvent, après un certain nombre de cautérisations, les ulcères, remarquablement réduits, recouvrent leur sensibilité; et que les malades, tout en se soumettant à la cautérisation qu'ils réclament eux-mêmes, à cause de son efficacité, souffrent de plus en plus pendant la petite opération. J'ajoute enfin qu'il m'est arrivé de voir, après quelques cautérisations, disparaître des dépôts que je n'avais pas touchés.

J'ai fait part de cette remarque à M. le Dr Constantin Paul, qui m'a affirmé avoir constaté par lui-même la disparition de plusieurs verrues lorsqu'il n'en avait attaqué et détruit qu'une seule. Je n'oserais donner l'explication de ce fait; mais son exactitude ne saurait être mise en doute.

En même temps que les cautérisations que je pratique en général tous les huit jours, en poursuivant tous les dépôts exsudatifs, par séries bien entendu, car on ne peut en cautériser qu'un certain nombre à chaque séance, je fais subir à mes malades un traitement interne.

Les moyens que j'emploie sont les suivants: l'ergotine jusqu'à la dose d'un gramme par jour, en trois ou quatre fois, lorsqu'il y a un travail congestif.

L'iodoforme, dont j'ai maintes fois constaté les excellents effets; ce qui a été déjà prouvé par un dermatologiste très distingué, membre de l'Académie, M. le Dr Besnier. Je l'administre jusqu'à la dose de 60 centigrammes et même d'un gramme, d'une manière fractionnée et en étudiant la tolérance du malade, bien entendu.

Le quinquina et parfois même le fer à petite dose, lorsqu'il y a anémie et cachexie, m'ont paru très utiles. J'ai aussi recours à l'arsenic (liqueur de Fowler et acide arsénieux), comme modificateur général.

Enfin les ulcères sont lavés à l'eau phéniquée à 2 p. 100 et pansés avec du carbonate de fer, comme un autre membre distingué de l'Académie, le Dr Vidal, le conseille pour les ulcères simples. Lorsque

les malades sont pris d'un mouvement fébrile qui annonce, au début de l'affection, une nouvelle poussée, je les purge, je leur fais prendre des bains généraux et je les nourris exclusivement avec du lait.

De toute manière je fais baigner mes malades en général une fois tous les huit ou dix jours.

Pour ce qui concerne la nourriture, je proscris les poissons salés ou frais, et tous les produits de la mer, ainsi que l'huile, les épices, les farineux, le porc, les substances aigres et les saumures dont on abuse tant ici, car on y fait confire tous les légumes que le peuple dévore avec avidité.

Enfin, je conseille autant que possible le calme moral, et la préservation des rayons ardents du soleil, du froid, de l'humidité et surtout des transitions brusques de température.

On s'imagine de suite quelles difficultés je rencontre dans l'application de ce traitement, lorsqu'il s'agit de pauvres malheureux souffrant de la misère et obligés, malgré leur maladie souvent très avancée, de travailler pour vivre.

Il n'y a pas d'asile, de léproserie à Constantinople ; et l'idée absurde de la contagion et de la transmission rapide, immédiate, est tellement dans l'esprit de tous, que personne ne veut s'approcher d'un lépreux reconnu, et que pas un de ces infortunés n'a accès dans un hôpital ! Heureusement que le public n'est pas en état de reconnaître la maladie, surtout lorsqu'elle n'est pas annoncée et qu'elle n'a pas stigmatisé la face. Aussi, ces malheureux continuent-ils à vivre au milieu de leurs familles, dans la ville et les villages. Néanmoins, si les voisins s'adressent à l'autorité, celle-ci se charge de les exiler dans un coin éloigné ; et si le lépreux est israélite, le rabbin prononce la dissolution du mariage sur la plainte du conjoint sain, qui garde les enfants. Mais cela n'a lieu que lorsque la famille est tant soit peu dans l'aisance ! tandis que si elle est pauvre, mari et femme continuent à vivre ensemble, à s'occuper de leurs enfants et à en faire même.

Si l'affection est très avancée, que le lépreux n'ait plus de doigts, que les ulcères de ses jambes le mettent dans l'impossibilité de marcher ; s'il a perdu la vue, ou s'il a atteint la période cachectique, c'est alors la charité publique, mais avec toute parcimonie, qui prolonge l'exis-

tence de ces malheureux en leur jetant quelques bouchées de pain.

Et lorsque, couché dans un taudis, il ne peut plus ni marcher ni voir, et qu'abandonné par tous il menace de mourir sur son grabat, la communauté religieuse à laquelle il appartient s'en émeut à la fin : elle le fait accueillir dans son hôpital quelquefois, mais non dans les salles, pas même dans le bâtiment. C'est dans quelque coin éloigné du parc qu'on bâclera une misérable cabane qui ne sera pas à l'abri du froid, ou de la chaleur ; on y couchera par excès de charité ce malheureux à qui l'on portera deux fois par jour de quoi prolonger son agonie. Car l'ignorance crasse en Orient et la crainte de la contagion immédiate effacent tout sentiment d'humanité et de commisération.

Voici quelques-unes des observations qui servent de base à ce mémoire et dont les dessins y sont annexés.

OBSERVATION I

Lèpre exsudative, forme tuberculeuse, début congestif (asphyxie locale) et pigmentation. (Planche IV, figure de droite).

Sabatiana, israélite, âgée de dix-huit ans, née à Constantinople, quartier de Balata. Le père et la mère se portent bien. Aucun membre de sa famille, soit parmi les ascendants, soit parmi les collatéraux, n'a eu la lèpre ou une maladie cutanée quelconque. Sa mère, mariée à dix-huit ans, eut son premier enfant à vingt et un ans. Elle eut en tout sept enfants et une fause couche accidentelle. De tous ces enfants il ne survit qu'un fils âgé de vingt ans et Sabatiana. Tous les autres sont morts à l'âge de douze et de quatorze ans, de maladies accidentelles. Le frère, qui accompagne la malade, est sain. Aucune personne de la connaissance de Sabatiana n'est atteinte de lèpre. Sa mère a été très bien portante pendant qu'elle était enceinte de S..., ainsi que lorsqu'elle la nourrissait. Les règles ont manqué pendant tout ce temps. S... n'a été sevrée qu'à un an et demi. L'alimentation du père et de la mère a été celle des juifs pauvres en Orient ; elle a consisté en pommes de terre et haricots cuits avec de la mauvaise huile d'olive; en poissons salés ou frais préparés aussi à l'huile. Parfois il

se passait huit et neuf mois sans qu'ils mangeassent de la viande, qui était d'ailleurs préparée à l'huile. A partir de l'âge de six mois S..., tout en tétant, avait commencé à manger de la nourriture de ses parents et de plus en plus. Néanmoins, elle n'eut aucune maladie cutanée ou autre jusqu'à l'âge de treize ans. Les règles ont été assez tardives pour le pays; elles n'ont paru qu'à quinze ans. Elles revenaient toutes les trois semaines et duraient cinq jours.

La constitution de S... est manifestement lymphatique. La figure est bouffie, les yeux petits, enfoncés dans leurs orbites ; joues grosses avec vaisseaux capillaires développés et violacés sur toute leur étendue ; lèvres épaisses; l'inférieure, très saillante, est gercée perpendiculairement à la direction de la bouche qui reste toujours entr'ouverte. Dents pour la plupart en mauvais état. Nez court, gros au bout, retroussé ; narines rondes peu ouvertes. Le nez, bouché de tout temps, a gêné la respiration qui est en général en partie buccale. Sécrétion nasale toujours épaisse, abondante. De tout temps S... a senti mauvais du nez et de la bouche. Ulcérations et croûtes dans les narines. Pharynx granuleux ; ganglions cervicaux très développés. Pityriasis abondant du cuir chevelu. Sourcils peu fournis et garnissant seulement la moitié interne de la région. Il y a trois ans, elle fut prise d'une forte démangeaison aux bras et aux cuisses, et eut une éruption furonculeuse qui a duré plusieurs mois. L'éruption, d'abord superficielle, devint plus tard profonde. A en juger par les cicatrices que l'on constate, c'était de l'ecthyma. Sous l'influence des bains et de quelques médicaments internes (?), les gros boutons se sont cicatrisés après avoir suppuré pendant sept ou huit mois. Les règles ont régulièrement paru pendant tout ce temps, et S... continua à se nourrir aussi mal que par le passé.

Il y a un an que la lèpre paraît avoir commencé. C'est depuis la même époque que le sang des règles a très sensiblement diminué et qu'il s'est décoloré; il y a parfois de grands retards et même des suppressions.

Manifestations spéciales au 24 janvier 1884 : Boutons comme un petit pois cassé à l'extrémité antérieure de l'hélix droit, de couleur légèrement brunâtre, avec l'épiderme qui s'exfolie, et ressemblant à une syphilide. Un autre petit tubercule sur la pointe du tragus. Ils

datent de plusieurs mois. L'épaule gauche est le siège d'une foule de taches pigmentaires brunes tirant sur le bistre et variant, comme dimensions, depuis la pointe d'une aiguille jusqu'à une lentille. Deux d'entre elles, plus grandes, ont la forme guttata; elles paraissent plus avancées dans leur évolution et font saillie au-dessus de la peau. Elles sont ainsi appréciables au doigt et à la vue; leur surface a de la tendance à s'exfolier et leur aspect est celui des syphilides.

L'épaule droite offre la même pigmentation et la même disposition papuleuse. Une des papules est surmontée d'une petite croûte. Serait-ce le résultat du grattage? Cependant il n'y a pas de démangeaison actuellement.

L'avant-bras droit présente à son tiers supérieur et au bord externe un tubercule saillant comme un pois cassé, de couleur jambon avec épiderme luisant et comme fendillé. Cette petite excroissance a une consistance mollasse et des contours tant soit peu irréguliers; elle est accompagnée d'un satellite de moindre volume. On remarque tout autour une pléiade de taches pigmentaires. Même disposition à la face externe de l'avant-bras gauche, et à son tiers inférieur, c'est-à-dire plusieurs taches pigmentaires lenticulaires au début de leur période saillante. Des groupes de taches pigmentaires dont plusieurs saillantes se voient aussi sur le côté interne de l'avant-bras et du bras. Tous les deux avant-bras sont comme bouffis.

La partie postéro-interne du bras et de l'avant-bras droit présente une apparence marbrée, de couleur violacée, très accentuée, surtout aux environs du coude. Cet aspect marbré rouge violacé (planche n° IV) disparaît sous la pression. L'épiderme y est comme tendu, luisant, sans rudesse au toucher, et ressemble à la peau des poissons dépourvus d'écailles. Il y a certainement une lenteur de la circulation, un état asphyxique. La main elle-même est violacée, bien que la chambre où l'observation est prise ait une température de 18° centigrades.

Tout le côté postéro-interne du membre thoracique gauche depuis l'olécrâne jusqu'à l'os pisiforme est également marbré, livide, semblable aux *parties déclives* d'un cadavre. Cependant il y a augmentation de la température locale. La peau de l'olécrâne est épaisse et forme une sorte de capuchon rugueux, violacé foncé, à gros plis pro-

fonds interceptant des îlots lisses. A la partie inférieure de cette région il y a un tubercule sous-cutané.

Plus bas cicatrice transversale de brûlure récente qui n'a occasionné aucune souffrance ; et au-dessous un tubercule peu saillant avec dépression centrale, de couleur foncée. Il est entouré de quatre autres petits. Il paraît que ce tubercule s'est ramolli et vidé. Égratignures d'épingle nombreuses sur l'avant-bras dont la malade ne s'aperçoit pas au moment de leur production. En effet, la peau a perdu sa sensibilité partout où elle est violacée. Les taches pigmentaires disséminées sur les diverses parties du corps et leurs environs sont insensibles, si leur coloration est prononcée. La face dorsale de la main droite est insensible, tandis que la piqûre des doigts est douloureuse. Je traverse un pli de la peau de l'avant-bras droit à l'insu de la malade. Même insensibilité à une exploration identique de la peau de la partie inférieure des mamelles qui est aussi violacée et pigmentée.

Membres pelviens. — Le gauche est violacé, marbré et bouffi dans sa totalité jusqu'à la mi-cuisse bien que sa température soit élevée (37° au thermomètre du Dr C. Paul).

Au niveau de la rotule on remarque une tache rouge carmin de la grandeur d'une pièce de 5 francs, elle tranche sur la couleur violacée environnante. Le dos du pied d'un bleu foncé, ichthyosique et roide au toucher. La partie inférieure de la jambe présente un léger degré d'œdème et conserve légèrement l'empreinte du doigt qui y presse. Trois taches d'un rouge carmin, de la grandeur d'une pièce de 2 francs chacune, à la partie interne de la jambe. Taches pigmentaires nombreuses sur la cuisse, plus ou moins grandes, et petits tubercules saillants.

La cuisse droite offre aussi, sur un fond violacé, un nombre infini de taches pigmentaires. Il y a en outre cinq tubercules saillants bistres dont l'épiderme s'écaille. Deux cicatrices étoilées sur la rotule.

Les deux fesses sont violacées comme si elles étaient froides et pourtant le thermomètre du Dr Constantin Paul accuse une température élevée (37°2), ce qui est d'ailleurs très appréciable à la main. On y voit de chaque côté deux taches d'un rouge vif carmin, placées symétriquement, et de la grandeur de la paume de la main. Ces taches blanchissent sous la pression.

A la partie supérieure des régions fessières il y a une infinité de

taches pigmentaires, variant de grandeur depuis une lentille jusqu'à une pièce de 50 centimes. La peau de l'arcade plantaire est écailleuse, fendillée. Rien de pareil au talon ou à la partie externe de la plante des pieds, bien que ces régions transmettent le poids du corps pendant la marche et la station debout. La sensibilité est nulle sur la peau des cuisses, des jambes et des pieds, que j'explore à l'épingle jusqu'au sang qui est d'une couleur foncée presque noire partout où la peau est violacée, et d'un rouge clair comme du sirop de groseille étendu d'eau aux parties rouge carmin.

A un second examen au bout d'une heure, je trouve les taches rouge clair, vermillon, déplacées : celle de la fesse droite est devenue violacée. Lorsque j'exerce une pression assez forte sur une partie des membres pelviens, la peau devient blanche, puis rouge et plus tard violacée.

J'enlève par le bistouri un tubercule au tiers inférieur du bras droit avec le concours du Dr Euthyboules pour l'examen microscopique. Sabatiana, qui n'avait pas vu la petite opération sanglante, ne se doute même pas de l'ablation de la tumeur que j'ai sculptée dans l'épaisseur de la peau. Ce tubercule a été envoyé au Dr Vidal, membre de l'Académie de médecine.

J'ai perdu cette malade de vue après le mois de février. Elle n'est revenue chez moi qu'en octobre 1884. Elle est restée sans traitement. Son état s'est aggravé. Les taches carminées ne se voient plus. Les marbrures des membres sont plus foncées et la peau est devenue plus épaisse partout où elle est fortement colorée. De nombreux tubercules ont paru sur les membres thoraciques et pelviens. Les règles n'ont point reparu. Je la soumets au traitement par l'iodoforme à la dose de 40 centigrammes par jour en quatre fois, et je détruis un grand nombre de tubercules au thermo-cautère.

OBSERVATION II

Érythème qui précède souvent les grandes taches pigmentaires, semblable à l'érythème noueux. Petits tubercules à la face et aux membres.

Polyxène Nicolaou, grecque, née à Triglia, environs de Brousse,

où elle demeura jusqu'à l'âge de quinze ans. La mère vit bien portante ; elle est âgée de cinquante ans. Elle souffre de la migraine. Cinq de ses enfants ont eu des eczémas tenaces et seraient morts de la scrofule.

Une sœur aînée de Polyxène aurait succombé à une méningite. Une autre sœur est épileptique, une autre sœur mariée a deux enfants scrofuleux. Le père a succombé à une paraplégie ; il n'a jamais eu quoi que ce soit du côté de la peau.

La lèpre n'existe pas à Triglia, où P... est née et où elle a passé sa première jeunesse, cependant il y aurait eu un cas douteux : une femme âgée de quarante ans eut le corps couvert de boutons et succomba dans des contractures (?). Quoi qu'il en soit, cette femme n'a point eu d'enfants, et la famille de Polyxène n'a jamais eu de relations avec elle.

Polyxène a été formée à quinze ans. Elle est venue plusieurs fois à Constantinople, distant de cinq heures de Triglia ; mais elle ne s'est jamais rendue dans un pays de lépreux. Elle n'aurait jamais eu aucune éruption cutanée ou une manifestation scrofuleuse quelconque, ou une affection nerveuse.

A Triglia son occupation consistait à planter ou à arracher des oignons, à travailler dans les jardins potagers, depuis l'aurore jusqu'à la nuit, exposée aux rayons d'un soleil très ardent pendant l'été, et l'hiver au froid et à l'humidité, qui sont très prononcés à Triglia.

Un jour, en mars 1881, se trouvant à son ouvrage, il éclata tout à coup un orage terrible. La foudre tomba à côté d'elle, et elle en éprouva même les effets, selon son dire. Un frissonnement général traversa tout son corps comme un éclair et elle trembla de tous ses membres. Elle s'évanouit pendant deux heures et eut à la suite de cette frayeur plusieurs accès de nature hystérique. Quelque temps après, la face devint noire comme celle d'une négresse. Cette coloration foncée dura un an environ ; après quoi la figure prit une couleur rouge par places, comme si on lui donnait des soufflets, me dit-elle.

En mai 1881, elle eut le premier tubercule au milieu du front. Quelques jours après elle en a eu trois ou quatre dans le voisinage. Ils ont été précédés et accompagnés d'un sentiment de brûlure. Malgré cela elle a continué à travailler tout l'été aux jardins et l'hiver

au grand froid, à ramasser les olives, c'est-à-dire aux deux températures extrêmes et en plein air.

Les règles se sont dérangées aussi. Il y a eu une suppression pendant un an. Puis elles ne venaient que tous les deux ou trois mois, les jambes étaient gonflées, et P... y éprouvait des douleurs violentes.

La nourriture des paysans à Triglia, pays où la culture de l'olivier constitue presque l'unique ressource, consiste en huile d'olive et en poissons salés. Tous les légumes sont préparés à l'huile. P... a aussi abusé des oignons.

Elle a eu à plusieurs reprises, depuis 1881, un mouvement fébrile prononcé et des congestions de la face ou des membres, comme érysipélateuses.

Le 2 mai 1884, elle a la figure très rouge, injectée, presque livide ; les capillaires des joues, des régions malaires et du front sont dilatés et comme variqueux. Groupe de cinq tubercules saillants, bistre au milieu du front, dans le voisinage de la région intersourcilière. Le plus gros est comme un demi-pois ; les plus petits comme des lentilles. Il y en a aussi une dizaine près des régions malaires. D'autres petits et discrets pointent sur la lèvre supérieure et près du menton. Les capillaires des oreilles sont aussi dilatés. Un tubercule siège sur chaque tragus. Taches pigmentaires larges de quelques centimètres sur le côté latéral gauche du cou. Ganglions cervicaux développés. Sourcils rares ; gonflement uniforme de ces régions, mais sans exsudat appréciable ou tubercules. Les tubercules la démangent, ils la rongent, pour me servir de sa phrase ; et elle les arrache.

Avant-bras droit. — Comme tuméfié. Epiderme rude au toucher et se détachant en furfures. Quelques petites taches pigmentaires à la face antérieure, mais point de tubercules. Peau du coude violacée, écailleuse avec lambeaux épidermiques qui s'en détachent. L'avant-bras et la main sont colorés et comme livides, comme s'il faisait froid. Cependant la température ambiante est supérieure à 15° et les membres sont chauds.

Un bouton cutané profond près de l'épitrochlée. L'avant-bras gauche est dans le même état que le droit ; il offre en plus des lignes d'égratignures d'épingles et de brûlures accidentelles que la malade ne

cherche pas à éviter, à cause de la perte de la sensibilité cutanée. En effet, l'exploration par l'épingle, par le froid et par le chaud, prouve que la malade ne sent rien aux avant-bras et aux mains.

A la face, c'est le front seul qui est insensible. Partout ailleurs la sensibilité au contact, aux piqûres et à la température est conservée, bien que très amoindrie. Les piqûres de l'épingle font suinter partout un sang noir, asphyxique. Partout où j'ai piqué il s'est formé au bout de deux ou trois minutes une petite élevure pointue saillante, rose comme un grain de millet.

Taches pigmentaires sur les épaules, et insensibilité à la piqûre partout où elles siègent.

Cuisses et jambes tuméfiées. Ces dernières même légèrement œdématiées et conservant quelque peu l'empreinte du doigt qui y a pressé. Toute leur surface est bleuâtre, comme si elles étaient impressionnées par le froid. On voit aussi, sur ce fond violacé, des taches noires marbrées, séparées entre elles par des intervalles de 3 ou 6 centimètres. Chacune d'elles a une étendue de 1 ou de 2 centimètres ; elles sont arrondies avec noyau assez dur au toucher, ecchymotiques comme si elles étaient le résultat de quelque violence extérieure qui y a produit une extravasation du sang. L'épiderme est par places luisant et par places dur, rugueux aux doigts et furfuracé. On distingue par ci par là des capillaires qui serpentent. En un mot il y a comme une asphyxie locale, et par endroits comme des noyaux d'extravasation par contusion. Polyxène nous apprend qu'elle est très frileuse. Chaque hiver elle a des gerçures profondes aux mains et aux pieds. Les jambes, à partir de leur tiers inférieur et les dos des pieds ont une sensibilité très émoussée. Mais la plante des pieds ainsi que la face palmaire des mains est très sensible.

Appétit satisfaisant ; selles normales ; embonpoint conservé. Enchifrènement du nez qui gêne la respiration. Maux de tête, bouffées de chaleur. Elle se plaint avec instance d'être comme dévorée par des vers dans l'épaisseur des tubercules frontaux.

Battements de cœur faibles. Pouls petit, sans résistance, force dynamométrique à droite 80, à gauche 70.

Traitement : bains généraux ; iodoforme jusqu'à la dose de $0^{gr},60$ par jour. Nourriture : lait, légumes verts, fruits, viande. Mais la malade

est sans aucune ressource et mes conseils ne peuvent être suivis qu'en partie.

Cette malade demeure depuis deux ans avec sa cousine qui a six enfants, dont la plus petite est âgée de sept ans ; elle partage la vie commune du ménage : elle mange avec toute la famille et couche dans la chambre unique qu'ils possèdent. Parents et enfants sont très bien portants, pas le moindre signe de lèpre.

Le 9 mai, les deux cuisses et les bras sont parsemés de grandes taches, les unes d'un rouge clair, les autres légèrement violacées. Il y en a d'arrondies et grandes comme une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, et d'autres qui ont une étendue de 3 centimètres environ. Ces dernières sont situées à la face interne des cuisses. La peau qui les entoure a conservé ses caractères normaux. Ce sont des manifestations pareilles à celles de l'érythème noueux, avec tuméfaction de la peau. En effet, si l'on essaye de plisser la peau de ces taches, on voit que ce pli est épais, tandis qu'à côté, là où la peau est normalement colorée, le pli est mince. La pression fait disparaître momentanément cette coloration, qui revient dès que la peau est abandonnée à elle-même. Cette pression est douloureuse. La malade y éprouve spontanément de la chaleur et des douleurs comme des élancements. La douleur a augmenté après la pression que j'y ai exercée. Ces taches saillantes au-dessus de la peau offrent un contour ondulé, en relief. Pas de démangeaisons. L'épiderme qui les recouvre est dans la mue.

Nous appliquons, avec le Dr G. de Marinis, qui veut bien m'aider, l'excellent thermomètre du Dr C. Paul sur le côté externe de la cuisse gauche, au tiers supérieur, où siège une plaque rouge de 2 centimètres d'étendue environ et dont la peau est brûlante au toucher.

Nous y laissons l'instrument pendant quinze minutes : il monte à 36° 3/5.

Le thermomètre constata à l'aisselle une température de 37° 8/10. A côté de la plaque de la cuisse, le thermomètre appliqué sur la peau ayant l'aspect normal accuse 36°.

Le 13 mai. — L'état fébrile général continue. Elle se sent brûlante ; elle ne fait que boire toute la nuit, et se découvrir. Elle est affaissée. Elle éprouve des douleurs et des élancements dans les membres qui

sont las et comme engourdis ; ce sentiment disparaît dès qu'elle a marché un peu. Céphalalgie, nausées, figure fatiguée, défaite. Les bras et les avant-bras sont couverts de grandes taches rouges légèrement violacées, variant depuis une pièce de 20 centimes jusqu'à 2 francs et au delà. Il y en a qui sont comme de larges traînées absolument identiques à celles de l'*erythema nodosum*. Elles tranchent sur la peau des environs. Le tégument est aussi épaissi à leur niveau, comme dans l'*erythema nodosum*. La face est congestionnée, bouffie ; les ganglions du cou très engorgés. Les membres thoraciques sont d'ailleurs comme tuméfiés et asphyxiques dans leur totalité. La peau brûle à la main. Le thermomère du Dr C. Paul, appliqué au-dessous du deltoïde gauche sur le trajet d'une tache érythémateuse étendue, marque 38°, tandis que, placé sur la même circonférence du bras, mais plus en dedans, là où il n'y a pas de taches érythémateuses, il ne monte qu'à 37°. Le bras reste nu pendant l'exploration. Température de l'aisselle presque 40° ; ambiante 18°, pouls 110. Les membres pelviens restent toujours couverts de taches violacées ; d'autres, survenues depuis le dernier examen, sont d'un rouge groseille ; ce sont les plus petites. De larges plaques comme érysipélateuses se remarquent sur les jambes ; la peau y est épaissie, infiltrée, comme dans l'érysipèle. Le thermomètre accuse 38° 2/5, au tiers supérieur de la cuisse, au côté externe. M. Aquarone dessine les plaques érysipélatiformes des membres.

Repos, bain général, régime lacté, ergotine à la dose d'un gramme par jour. A la suite de cette poussée vers la peau, la malade, revue le 20 mai, a beaucoup maigri ; elle a perdu ses forces ; elle a pâli ; face altérée, inappétence, nausées et étourdissements, membres flasques ; langue saburrale, pouls petit, faible, 68.

Partout où il y avait des taches d'érythème avec nodosités, dessinées par M. Aquarone, on voit le 27 mai des taches noires, comme euthymosiques. Sur la surface, l'épiderme se détache par petits lambeaux, sans démangeaison. Règles en retard de cinquante jours.

Teinture de quinquina, arséniate de soude.

Le 31 mai, toutes les plaques érysipélatiformes sont devenues bistres. L'épiderme continue à se détacher et laisse sous les lambeaux une surface lisse comme à la suite de la cicatrisation des

vésicatoires ou bien d'une violente insolation. Les membres ont maigri, mais la peau reste comme empâtée sur l'étendue de ces modifications successives de couleur. Partout où la peau pèle, la sensibilité est perdue ; je traverse les téguments de part en part avec une épingle sans aucune douleur. La sensibilité est tant soit peu conservée au dos des mains. Le tronc et le corps sont sensibles, ainsi que la face, excepté le front, les tubercules et leur voisinage. Le tronc n'a point participé à cette efflorescence érythémateuse.

Les membres pelviens sont couverts de marbrures d'un violet foncé. La peau est dans la mue partout où il y a eu des colorations érythémateuses qu'a remplacées une couleur bistre. Au toucher, le tégument est rude, ichthyosique, pachydermique. La sensibilité des membres inférieurs n'est pas aussi perdue que celle des supérieurs. La main de l'explorateur ne perçoit plus cette sensation brûlante lorsqu'elle est appliquée sur les membres. Aussi constate-t-on 34° 2/5 sur le bras gauche, et 34° sur la cuisse du même côté, toujours aux régions où on a fait les explorations antérieures. Température de l'aisselle 38°, ambiante 20°.

Mains et pieds bleuâtres; l'épiderme, dur, s'y fendille superficiellement. Dynamomètre, main droite 74, gauche 70.

Pouls petit, 68; bruit de souffle anémique à la base du cœur.

Quinquina, arsenic, lait, un peu de viande.

7 *juin*. — État général meilleur ; la congestion de la face a diminué ; la physionomie reprend son expression habituelle. Les ganglions lymphatiques du cou restent toujours engorgés ; la coloration et la tuméfaction des membres diminuent. Je prends avec la pointe d'une lancette de la matière d'un tubercule frontal et j'en fais trois inoculations à la poitrine de la même malade. Je cautérise avec la pointe aiguë du thermo-cautère les tubercules de la face. Je traverse également avec lui en trois endroits une large plaque indurée de l'avant-bras gauche. Fer, arsenic.

20. — Résultat des inoculations négatif; les tubercules brûlés ont disparu; état général satisfaisant. Malade contente. Point de règles pourtant. Nouvelles inoculations de la matière, du *suc* puisé dans un tubercule du front, au bras droit.

27. — Résultat des inoculations négatif. Le D[r] G. de Marinis pra-

tique une nouvelle inoculation du suc d'un tubercule non suppuré du front (il n'y en a nulle part de suppuré) sur le bras droit, en trois endroits.

Les empâtements cutanés des membres thoraciques et pelviens ont presque disparu; la peau est redevenue souple au toucher; la mue de l'épiderme s'est arrêtée, mais les taches ecchymotiques ne sont pas encore entièrement dissipées, bien qu'elles s'éclaircissent et qu'elles se réduisent. Température à l'aisselle 38°. Sur une tache bistre de la cuisse gauche 36° + 8 divisions; à la jambe du même côté 34° + une division; 60 pulsations. Au dynamomètre, main droite 80. Je finis par cautériser tous les tubercules de la face, et je perfore avec la pointe chauffée à blanc les gros épaississements de la peau situés sur le côté externe du bras gauche. Iodoforme 0^{gr},30 par jour.

4 *juillet*. — La cautérisation de la face a produit un gonflement général de la face qui est déformée comme dans l'érysipèle. Croûtes ecthymateuses des tubercules cautérisés. État général bon; pas de fièvre; moral excellent. Résultat de l'inoculation négatif. Nouveaux tubercules sur le tragus droit de l'hélix gauche que je cautérise avec le thermo-cautère.

18. — Pas de nouvelles poussées. Amélioration progressive, plus de fièvre. Je transperce la région sourcilière du côté externe où il existait un léger épaississement, ainsi que les joues. Dynamomètre, 90 à droite, 80 à gauche. Iodoforme 0^{gr},30 par jour.

25. — Depuis trois jours fièvre, agitation, sentiment de brûlure sur les cuisses et les membres thoraciques. Larges plaques érythémateuses nouvelles, douloureuses au toucher; gonflement de la peau qui a des bords irréguliers, en relief. Ces taches sont plus violacées sur les cuisses, on dirait que l'on a administré à la malade des coups qui ont produit des ecchymoses. C'est une nouvelle poussée des accidents aigus inflammatoires qui ont amené une fluxion de la peau devenue turgescente, brûlante, rouge, plus ou moins foncée; son épaisseur est aussi modifiée; car on sent au toucher une foule de gros noyaux, des nodosités dont quelques-unes ont 2 et 3 centimètres d'étendue.

Après mon départ pour Copenhague, cette malade a négligé son traitement; elle ne venait pas régulièrement consulter mon rempla-

çant. A mon retour, je l'ai trouvée dans le même état. J'ai repris la poursuite des tubercules par la cautérisation au thermo-cautère.

OBSERVATION III

Lèpre tuberculeuse (planche n° 1), *tubercules*, *cicatrices*, *pigmentation*. *Guérison par l'iodoforme et le thermo-cautère.*

Samaria Orara, israélite, dix-neuf ans, habitant le quartier de Haskeuy à Constantinople, où il est né ; il n'est jamais sorti de la capitale. Le père est mort à trente-quatre ans, il y a treize ans, de maladie aiguë. Le grand-père paternel était très intelligent, mais excessivement nerveux. Il se mettait en colère très facilement ; et alors, il tremblait et avait l'écume à la bouche ; il était commissionnaire en marchandises. Mort à soixante-douze ans, il n'a jamais eu de maladie cutanée. Une sœur du grand-père de S... vit à Ortakeuï. Elle a quatre enfants, aucun n'a eu la lèpre. Une autre sœur très nerveuse vit encore ; elle a trois fils sains. Une autre sœur stérile vit à Jérusalem. Elle a soixante-dix ans. La femme de son grand-père paternel est morte à soixante-douze ans ; elle a eu vingt-quatre enfants sains. Elle n'a été ni lépreuse ni nerveuse. Tous ces renseignements nous sont donnés avec intelligence par le mari de la sœur du père du malade, c'est-à-dire par le mari de sa tante. Plusieurs des petits-enfants de ce grand-père ont eu des maladies cutanées pendant longtemps. Ils en ont guéri, excepté un qui souffre encore d'une espèce d'eczéma chronique. (Il faut dire en passant que les affections de la peau sont très communes en Orient, chez les juifs, ce qui dépend de leur misère qui les rend malpropres, et de leur mauvaise alimentation.)

La grand'mère maternelle est morte à cinquante-huit ans. Elle a eu trois enfants dont il ne reste qu'un fils qui vit à Londres.

Le grand-père maternel a succombé à une maladie accidentelle. En un mot, personne dans la famille parmi les parents ascendants ou les collatéraux n'a été affecté de la lèpre.

S... a un frère qui est son aîné et une sœur âgée de seize ans. Tous les deux sont indemnes ; seulement tous les hivers, pendant quatre ou

cinq mois, ils ont constamment des engelures profondes aux mains qui se fendillent et suppurent.

S... demeure depuis trois ans avec le mari de sa tante, qui l'accompagne à ses visites chez moi, et qui a deux enfants en bas âge. Tout le monde demeure dans la même chambre, mange à la même table avec les mêmes ustensiles et boit dans le même verre. Il n'y a que son linge que sa tante ne lave pas dans la même eau que celui de sa famille, sur le conseil d'un médecin. On n'a pas peur de la contagiosité et par le fait Samaria seul est lépreux dans la famille.

S... a eu, à l'âge de douze ans, une affection de la peau à la région temporale droite, qui a laissé des cicatrices stellaires blanches, très distinctes encore. Des cicatrices nombreuses siègent aussi sur la joue du même côté. Elles sont petites comme celles de la variole. D'après la description qui nous en est donnée, c'étaient des scrofulides.

Il a été vacciné et n'a pas eu la petite vérole, ni la varioloïde. Cicatrices analogues snr la joue droite. Elles tranchent toutes, par leur blancheur, sur la couleur rouge violacé de la peau des joues. De gros boutons mûrissant en cinq ou six jours et suppurant pendant un ou deux mois ont précédé ces nombreuses cicatrices. Il n'y a aucune analogie dans la marche de cette éruption ancienne avec les boutons lépreux dont nous parlerons plus bas, ainsi qu'on va le voir.

Cicatrices plus grandes étoilées, comme celles du rupia, sur les avant-bras, les cuisses et les jambes. En effet, il y a sept ans, il a eu une affection cutanée profonde (ecthymateuse?) qui a duré un été entier. Il n'était pas encore atteint de la lèpre à cette époque-là. D'ailleurs le malade lui-même en établit la distinction, et il ajoute que les boutons furonculeux d'il y a sept ans lui faisaient très mal, quand il les pressait pour en faire sortir le pus; tandis que ses boutons actuels sont absolument insensibles. Cette éruption ecthymateuse guérissait l'hiver et réapparaissait l'été pendant trois ans.

Il y a qnelques années, étant à l'école, il s'est assis sur un clou debout qui s'enfonça dans ses chairs sans que S... s'en aperçût. Ce sont ses camarades qui l'en ont informé. A partir de ce moment il se perçait la peau avec une épingle pour jouer, sans éprouver la moindre douleur bien entendu, et engageait ses petits amis à en faire autant. Tout le monde était étonné de le voir se percer la peau des

jambes et des avant-bras sans souffrance. Cependant il sentait la chaleur et ne pouvait s'approcher trop du feu.

Deux ans après cette constatation de l'insensibilité à la douleur, sa mère remarqua, en le baignant, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la jambe droite, une coloration rouge qui faisait le tour du membre comme un bracelet. C'était une bande d'un rouge vif qui blanchissait par la pression, sans démangeaison. Pareille tache a été remarquée à la figure, à droite, sur toute la joue. Ces taches ont disparu après trois mois de durée, sans rien laisser à leur suite.

Deux ans après, des tubercules et une infiltration se sont manifestés aux régions sourcilières et du côté du tragus ; c'était en 1880. Bien que sur pied, il a été alors réellement malade ; il avait de la fièvre et éprouvait parfois de légers frissons et des maux de tête. Il avait de l'inappétence. A peine parvenait-on à lui faire prendre une petite quantité de lait. Il a traîné ainsi pendant près de cinq mois ; après quoi l'appétit revint ainsi que les forces. Il allait et venait, bien que l'évolution des boutons continuât. Mais il éprouvait un grand chagrin. Car personne au monde ne s'occupait de lui ; il se préoccupait beaucoup de son avenir, et parlait souvent de sa triste existence et de sa terminaison. Il était accablé et triste. Les tubercules des régions sourcilières se sont ulcérés, un an environ après leur apparition, et se sont vidés. Il y a deux ans que les tubercules de la lèvre supérieure et du menton ont apparu.

En août 1885 il eut une fièvre typhoïde d'intensité moyenne.

Son état général s'améliore l'hiver ; mais dès que le printemps arrive il perd son appétit et ses forces ; il devient plus morose et la maladie se réveille et marche, tandis qu'elle est restée stationnaire l'hiver. Cependant il est très frileux et reste toujours accoudé sur un réchaud de charbon de bois pendant toute la mauvaise saison.

Actuellement, le 27 mai 1884, il est très maigre, et faible. Il n'a jamais exercé une profession. Il reste silencieux toute la journée au coin de la chambre, sans s'occuper de rien, sans parler. Le matin il n'a pas envie de quitter son lit ; sa figure exprime la tristesse et l'abattement. Nulle douleur spontanée. L'exploration par l'aiguille fait constater que les bras et les avant-bras conservent leur sensibilité du côté de la flexion, tandis qu'il y a insensibilité aux deux tiers inférieurs

des membres dans le sens de l'extension, surtout là où la peau est épaissie et comme infiltrée dans sa totalité. Le dos des mains est insensible. La sensibilité se réveille de plus en plus, depuis la tête des métacarpiens jusqu'au voisinage des ongles. Le cou et le cuir chevelu sont sensibles; tandis que les pavillons des oreilles ont perdu toute sensibilité. La face conserve à peine sa sensibilité là où la peau est saine comme couleur et comme finesse. Mais elle n'a gardé ces attributs qu'à une partie de la région frontale et aux abords de la base de la mâchoire inférieure; tandis que les joues, le nez, les lèvres, les sourcils présentent un tégument en relief, épaissi, rouge foncé, comme érysipélateux. Le nez est uniformément grossi, luisant et comme brûlé par le soleil; il en est de même de la peau qui environne la base des orbites. Ainsi une espèce de masque rouge et saillant occupe la face dans presque sa totalité. On voit en outre un tubercule gros comme un pois au côté gauche de la lèvre supérieure; l'épiderme qui le recouvre est tendu, on y voit ramper plusieurs vaisseaux capillaires variqueux. Il y a trois autres tubercules avec tendance à se fusionner à droite. Deux autres, saillants, siègent sur la lèvre inférieure, à la limite du menton qui en présente aussi trois moins avancés. Tous ces tubercules reposent sur une peau épaissie, dure et fortement colorée. Un tubercule plat comme une pièce de 50 centimes se voit sur la partie supérieure et externe de la région malaire droite. La peau des lobules des oreilles et des hélix est infiltrée, épaissie, mais d'une manière uniforme et sans tubercules circonscrits. Un exsudat saillant, grand comme une pièce de 2 francs et ayant la forme d'une loupe aplatie, siège dans l'épaisseur de la peau de la bosse frontale droite. Il est mobile sur l'os. Mêmes plaques diffuses allongées aux régions sourcilières qui sont colorées en rouge foncé. Les sourcils tombent. Mais il en reste encore quelques-uns.

La main droite est violacée; l'épiderme est comme fendillé dans tous les sens, comme ichthyosique avec desquamation furfuracée. On y remarque aussi de petits points croûteux. Gerçures profondes au niveau des plis normaux de la face dorsale des doigts, sur les articulations phalangiennes. Rien du côté de la paume de la main, si ce n'est une certaine atrophie des muscles des régions thénar et hypothénar. Point de déformation ni des ongles ni des doigts, qui ont

conservé toute leur agilité. Les muscles de l'avant-bras sont grêles et flasques. Grandes taches pigmentaires bistres saillantes, remontant jusqu'au tiers supérieur, avec infiltration de la peau et desquamation du côté du bord cubital de l'avant-bras. Taches psoriasiques par ci par là, et cicatrices stellaires blanches ou violacées avec épiderme comme parcheminé et déprimé. Ce sont les cicatrices indélébiles de l'ecthyma qui a précédé la lèpre. Taches pigmentaires comme des lentilles disséminées au pli de la saignée. La peau du coude est épaissie, violacée ; on remarque des tubercules profonds tout autour. Taches de psoriasis guttata à l'avant-bras. Même disposition sur le membre thoracique gauche, mais moins prononcée.

La peau du tronc, du dos, de la poitrine, de l'abdomen, des flancs et des fesses est normale. Mais sur les cuisses grandes cicatrices irrégulièrement étoilées d'ecthyma et de rupia.

La jambe droite a la peau normale à sa moitié supérieure; mais violette, infiltrée, comme lardacée, adhérente aux tissus sous-jacents dans la moitié inférieure. Épiderme tendu, luisant et s'écaillant par places. OEdème et empâtement aux environs des malléoles, de manière que le cou-de-pied est déformé, comme s'il s'agissait d'une tumeur blanche.

Sur le dos du pied, il existe un ulcère de la grandeur d'une pièce de 5 centimes, creux et fait comme par emporte-pièce. Le fond en est jaune. Suppuration comme aqueuse, fétide. Cet ulcère a succédé à une petite phlyctène. Il n'existe nulle part de tubercules. Autre ulcération superficielle sur le côté interne du dos du pied. L'épiderme de la plante du pied se fendille superficiellement et se desquame de manière à former des lignes blanches sur le fond violacé général.

Le pied et toute la jambe jusqu'à la rotule sont insensibles à la piqûre d'une épingle. La cuisse, au contraire, est sensible excepté sur une bande de 4 travers de doigt qui s'étend de la patte d'oie jusqu'à la moitié de sa hauteur.

Le membre gauche a le même aspect que le droit. A l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe et du côté externe, grand ulcère profond qui a entamé toute l'épaisseur de la peau. Son diamètre transversal est de 4 centimètres, tandis qu'il a en

hauteur 2 centimètres et 3 par places. Les bords en sont en relief et coupés à pic. Le fond est formé par le tissu cellulaire en suppuration. Cet ulcère a commencé par une petite gerçure sans tubercule, sans phlyctène.

Cuir chevelu très garni; impétigo et plaques épaisses de pityriasis. Pubis garni et organes génitaux bien développés. Ce qui prouve, soit dit en passant, qne la lèpre a commencé après la nubilité, sans quoi elle aurait arrêté le développement des organes génitaux comme nous l'avons remarqué bien des fois.

Traitement : Liqueur de Fowler 15 gouttes par jour. Iodoforme 0^{gr},60.

Régime alimentaire : ni poissons, ni huile, ni plats salés; un bain général toutes les semaines. Pansement des ulcères avec de l'eau phéniquée et le carbonate de fer. Ce malade s'est soumis rigoureusement à tous mes conseils grâce à son beau-frère, qui fait toutes les dépenses avec un dévouement très louable.

Le 9 mai, son état est remarquablement amélioré. La face a perdu sa couleur rouge maladive, vultueuse. Elle a pâli et pris une expression plus douce. Il n'y a aucun bouton nouveau. J'enlève avec le bistouri un gros tubercule de la face pour l'examen microscopique, sans déterminer aucune douleur. Je traverse en croix avec la pointe du thermo-cautère rougi à blanc les gros tubercules. Je brûle profondément les ulcères des jambes avec le champignon de Paquelin. Toutes ces opérations se font sans que le malade souffre le moins du monde.

Je fais trois inoculations avec de la matière du gros tubercule de la face sur la poitrine du malade. Traitement *ut supra*.

Le 27 juin, l'inoculation a été négative.

L'amélioration continue. Les tubercules brûlés ont disparu et les cautérisations se sont presque cicatrisées. Expression de santé et satisfaction du malade qui commence à sourire en espérant de guérir. Le D^{r} G. de Marinis fait trois inoculations sur le bras gauche en puisant, avec une lancette, dans le tubercule de la lèvre supérieure. Je cautérise plusieurs des tubercules qui ne l'ont pas été jusqu'à présent et je réapplique le cautère sur les ulcères des membres inférieurs. Celui du pied droit est réduit à la grandeur d'une pièce

de 50 centimes. Celui de la jambe gauche se comble aussi; mais il est encore très grand. L'appétit est revenu. Il est à remarquer que la cautérisation est maintenant tant soit peu douloureuse; tandis que les premières fois elle a été pratiquée à l'insu du malade, dont je faisais détourner la tête par un aide et fermer les yeux. Continuation du même traitement.

4 *juillet*. — Résultats de l'inoculation négatifs. Amélioration progressive et rapide. Cicatrisation complète de l'ulcère du pied droit. Celui de la jambe gauche se rétrécit de plus en plus. Je détruis par le thermo-cautère un tubercule de l'aile gauche du nez et un autre du menton. Le malade n'a éprouvé ni douleur ni chaleur pendant l'opération

Ce malade a continué à venir chez moi toutes les semaines. Sous l'influence du traitement institué, tous les tubercules détruits ont disparu en laissant une petite cicatrice. Les ulcères des membres inférieurs se sont fermés; il est à remarquer que la sensibilité à la douleur revenait de plus en plus à l'ulcère de la jambe gauche; de telle façon qu'aux dernières cautérisations il fallait faire contenir le malade par trois aides. On n'a pas oublié que les premières cautérisations ont été faites sans que le malade ait rien senti. La sensibilité est normale jusqu'au tiers inférieur des avant-bras, d'où elle diminue progressivement jusqu'aux doigts qui sentent parfaitement dans toute leur longueur. Toute la paume de la main est, comme les doigts, sensible, soit au contact, soit à la pointe d'une épingle, soit à la température chaude et froide.

La face a aussi gagné, en fait de sensibilité; le malade sent partout le contact de mon doigt; tandis qu'avant le traitement il y avait insensibilité complète dans certaines parties de la figure, ainsi que cela est noté dans l'observation.

Néanmoins, la douleur occasionnée avec la pointe d'une épingle est moindre là où siégeaient les tubercules et aux environs dans une zone d'un demi-centimètre à peu près. Il en est de même pour les corps chauds et froids.

Le dynamomètre a montré une augmentation de la force musculaire de plus en plus notable : de 75, l'aiguille a indiqué 95 et 100. La main gauche a toujours une dizaine de degrés de différence en moins.

Aucun nouveau tubercule. La face a pris une expression de santé et d'intelligence qui frappe tout le monde, tout aussi bien les confrères qui viennent tous les vendredis, jour consacré aux lépreux, suivre les résultats du traitement, que les parents du malade qui renaît à la vie, sourit et présente une gaieté qu'il n'a jamais eue auparavant. C'est qu'il est convaincu de sa guérison et se montre aux nombreux lépreux qui viennent à la consultation pour leur donner du courage. La dose de l'iodoforme a été diminuée progressivement jusqu'à $0^{gr},15$ par jour. L'arsenic a été suspendu et repris bien des fois, selon la règle. Le confrère qui m'a remplacé pendant mon voyage en Danemark a continué le traitement.

A mon retour à Constantinople, je trouve la guérison définitive. Je fais continuer néanmoins le traitement en le suspendant de temps en temps. J'engage le malade à proscrire de son régime alimentaire, pour toujours, l'huile, les salaisons, le poisson, les épices. Mais pourra-t-il s'astreindre à ces privations lorsque tout le monde à table ne se nourrit que de ces choses, comme tous les israélites d'Orient?

Et maintenant s'agit-il ici d'une guérison définitive, ou bien la maladie arrêtée, comme endormie, resterait-elle à l'état occulte, comme c'est le propre de bien des diathèses, pour reparaître plus tard? Je m'abstiendrai de trancher la question pour le moment. Je suivrai le malade pour m'en faire une opinion. Toujours est-il que le traitement institué et rigoureusement suivi par ce malade a été couronné de succès.

Il est très rare d'avoir parmi les malheureux lépreux, vivant dans la plus sordide misère, des malades qui puissent se nourrir et se tenir propres comme Samaria, dont le beau-frère a fait d'énormes sacrifices pour se conformer à mes conseils. Je pense que si l'on avait une léproserie bien tenue où les malades seraient bien nourris et proprement entretenus, les guérisons seraient fréquentes.

Mais ces malheureux sont abandonnés à leur sort sans secours, sans médicaments! Ils meurent de faim et de froid, se promenant en haillons, le corps en ulcères infects et se nourrissant littéralement de détritus.

OBSERVATION IV

Lèpre exsudative, forme circulaire et tuberculeuse.

Bohor Lévy, rabbin, quarante-neuf ans, professeur d'hébreu, né à Havrone, à six heures de distance de Jérusalem, qu'il a habité jusqu'à 1863. Depuis cette date il demeure à Constantinople, à Haskeuy.

Son père a succombé à une pneumonie, à l'âge de cinquante-cinq ans. Il n'a pas été lépreux. Sa mère est morte à quatre-vingts ans, de vieillesse. Le ménage n'a eu qu'un seul enfant. La mère était âgée de quarante-six ans lorsqu'elle a eu son unique enfant, Bohor; mari et femme se sont unis étant veufs tous deux. Le père de Bohor a eu six enfants de son premier lit, tous morts en bas âge. Quant à la mère, elle n'a jamais conçu que Bohor. Elle a vécu dans le veuvage pendant dix-huit ans. Voici pourquoi : la loi israélite veut, conformément au Tavrat ou ancien testament, que lorsqu'une femme devient veuve, le frère de son mari l'épouse. C'est obligatoire si ce frère n'est pas déjà marié ; facultatif s'il a une femme déjà, bien qu'un israélite ait le droit d'épouser deux femmes et même plus. Car autrefois les juifs avaient le droit d'en épouser trois ou quatre ; ce qui a lieu encore de nos jours à Bagdad, au Yémen, à Tunis, au Maroc, partout en un mot où la loi civile autorise la polygamie. Les frères du père de Bohor étaient des sourds-muets et la veuve n'a voulu en épouser aucun. Elle n'a donc pu se remarier qu'après leur mort.

Bohor n'a jamais eu de maladie cutanée. Il me dit qu'à son pays natal (Havrone) il n'y a pas de lèpre. Il me fait remarquer qu'à Havrone personne ne mange ni poissons ni huile d'olive. La nourriture habituelle est la viande, et du boulgour, ou blé concassé, préparé avec de l'huile de sésame, du couscousse, des macaronis, des légumes et du blé vert (on brûle le froment dans les champs sur pied avant la maturité et on le conserve ainsi pour en faire des plats).

Ils boivent une espèce d'eau-de-vie préparée avec des figues et des poires sèches.

Bohor est chargé de famille ; il nourrit, outre ses nombreux enfants, ses brus et leurs enfants. Aussi vit-il dans la misère ; et depuis un an

il ne mange que du pain et du fromage du pays, fermenté et très salé, ainsi que du poisson salé (thon salé, maquereaux et sardines préparés à la saumure); il a en outre abusé du raki (eau-de-vie blanche) dont il prenait régulièrement 200 grammes chaque nuit.

B... ne connaît personne qui souffre d'une maladie analogue à la sienne. Il sue beaucoup depuis son arrivée à Constantinople. Il s'est rarement baigné, seulement lorsque la loi d'Israël le lui a imposé (avant la pâque de Hamoursouze).

La maladie actuelle a commencé les premiers jours du mois de mai 1883. Six jours avant il a eu une grande frayeur. Etant en caïk une barque tomba sur lui et le fit chavirer ; précipité à l'eau, B... allait se noyer sans le secours d'un nageur. Quelques semaines après, sa femme s'aperçut la première de deux cercles dont l'un, situé au milieu de la jambe gauche, était constitué par un rebord rouge foncé, légèrement en relief, circonscrivant de la peau absolument saine en apparence dans une étendue égale à celle d'une pièce de 5 francs. Sur le membre droit, même disposition ; mais le cercle était bien plus grand et s'étendait depuis le milieu de la jambe jusqu'au milieu du jarret. Le malade avait de la fièvre, de l'inappétence, de l'insomnie ; tout son corps était tellement sensible que le plus léger attouchement le faisait souffrir. Après trente jours de durée tous ces phénomènes ont disparu ainsi que les cercles mentionnés.

B. L... n'a plus rien eu jusqu'au commencement du mois de mai 1884. Il a continué son mauvais régime alimentaire (fromages et poissons salés). Il eut encore une grande émotion quelques jours avant les symptômes généraux qui ont précédé les nouvelles manifestations cutanées ; on a voulu assassiner son fils en sa présence. Quelques jours après il a été pris d'une fièvre ardente, d'un abattement, et parfois d'une nervosité telle qu'il se disputait avec tout le monde et qu'il perdait patience avec les enfants, ses élèves. Enfin il a été obligé de garder le lit. Son corps a été envahi par des taches rouges comme s'il avait la scarlatine. Elles ont paru d'abord sur les jambes. Trois ou quatre jours après, la même coloration rouge vive s'est manifestée au dos. Puis des taches se sont disséminées à la nuque. La peau n'était modifiée alors que dans sa couleur, sans épaississement, sans exsudats. Douze jours après, l'affection a paru à la figure.

Aujourd'hui 13 juin, il y a vingt-quatre jours que la maladie a débuté. La face présente actuellement des plaques saillantes de coloration livide aux deux régions des sourcils, notamment à droite. Les poils tombent continuellement et y sont clairsemés. Ces larges plaques remontent vers la bosse frontale où elles rencontrent des épaississements isolés de la peau, toujours d'un rouge framboise, d'un centimètre d'étendue environ. Bien que la région sourcilière gauche soit moins envahie, on y voit un gros tubercule siégeant dans l'épaisseur de la peau et deux autres saillants sur la surface cutanée, en dedans du premier. Deux tubercules isolés, livides, aplatis, siègent sur le front près du cuir chevelu. Les lésions sont bien plus prononcées sur la joue gauche que sur la droite. Ainsi la peau située au-dessus du sillon naso-labial est épaissie, livide sur une étendue de 3 centimètres environ. L'aile du nez correspondante est aussi uniformément épaissie par un exsudat qui la pénètre partout et la fait saillir. La lèvre supérieure présente à droite un épaississement en relief, de plus d'un centimètre d'étendue. Les poils de la moustache tombent. Autre plaque saillante et livide au côté gauche de la lèvre inférieure, qui commence près de la commissure et s'avance jusque près de la ligne médiane. Cette plaque n'arrive pas jusqu'à la muqueuse labiale et offre la consistance d'un chancre induré en régression.

Plaques saillantes sur le côté gauche du cou et à la nuque, où l'on voit aussi des tubercules isolés gros comme des pois. Tubercules également dans les lobules des oreilles et aux hélix.

Membre supérieur droit. — Au-dessous du deltoïde, à la région classique des cautères, se trouve un rebord saillant suivant une direction ovoïde, circonscrivant un îlot de peau normale quant à son aspect de 3 centimètres. Ce rebord, large d'un centimètre environ à sa partie supérieure, se rétrécit inférieurement. L'épiderme qui le couvre s'écaille perpendiculairement à sa direction, et se détache par petites plaques comme argentées qui laissent voir, même par transparence, la coloration rouge livide de ce cadre en relief. Une foule de petits tubercules saillants, gros comme des lentilles, sont disséminés çà et là aux environs de ce cercle encadrant. Le tout ressemble à s'y méprendre aux manifestations syphilitiques. Près du coude et à l'avant-bras, on voit de larges plaques d'un rouge jambon en relief

qui, sous forme de cadres, circonscrivent des parties de peau dont la coloration diminue d'une manière graduée jusqu'au centre, qui est presque de la même couleur que la peau saine ; cette partie encadrée du tégument paraît comme déprimée. Sur plusieurs de ces cadres, l'épiderme se détache sous forme de paillettes toujours dans le sens perpendiculaire au cercle.

Un grand nombre de tubercules, saillants au-dessus de la peau, rouges comme la chair du jambon, se détachent sur la peau saine. Les poils manquent partout où il y a des exsudats en plaques ou sous forme de tubercules. La main est gonflée dans sa totalité, c'est-à-dire à sa face dorsale, mais ce n'est pas un œdème aqueux, qu'on nous passe le mot, qui conserve l'empreinte du doigt ; c'est comme une infiltration consistante. L'index et l'annulaire, à leur moitié inférieure et jusqu'aux environs des ongles (face dorsale), sont livides et leur peau est envahie dans sa totalité par des exsudats, comme ceux déjà décrits.

Le *membre thoracique* gauche offre les mêmes altérations ; mais il est moins envahi. La main est indemne.

Tout le dos comme tatoué, maculé par des plaques comme celles déjà décrites entourant des îlots de peau de couleur presque normale, ronds ou allongés. Le cadre est en relief et montre la peau du centre comme affaissée.

Ces cercles, d'abord minces, étroits, s'étendent de plus en plus par un mouvement centripète et arrivent parfois à envahir la totalité de la peau circonscrite, primitivement saine. Ce ne sont plus des cercles alors, mais de larges plaques ; nombre de tubercules saillants, comme des pois, tranchant par leur couleur foncée sur la peau blanche, quatre grandes taches sur l'abdomen ; leur périphérie est livide et en relief ; leur centre rose et comme affaissé.

Membre pelvien droit. — Un rebord ondulé, ressemblant aux lignes sinueuses des cartes géographiques en relief indiquant les montagnes, commence au milieu de la crête du tibia, remonte vers la rotule, s'incline en arrière vers la région poplitée, marche en dedans et descend postérieurement sur le mollet. C'est un cadre rouge livide, saillant de 2 et 4 millimètres par places, ayant parfois 2 centimètres de largeur et parfois seulement 1 centimètre. Il circonscrit, d'une manière ondulée,

une surface de peau saine de 15 centimètres sur 20 environ. C'est le plus grand cercle que le malade présente. En outre, de larges plaques comme la paume de la main, uniformément rouges livides, ou bien perdant graduellement, de leur circonférence au centre, et de leur épaisseur et de leur couleur, jusqu'au rose, siègent à la partie externe de la cuisse et près du cou-de-pied. D'autres plus petites, au nombre de sept, et des tubercules gros comme des pois sont disséminés sur la cuisse, la jambe et le dos du pied. Large plaque épaisse comme une pièce de 5 francs, sous le métatarsien du gros orteil. Malgré l'épaisseur de l'épiderme, on voit la coloration foncée rouge, et l'on sent l'exsudat.

Membre pelvien gauche. — Grand cercle de 8 centimètres au milieu de la jambe, à rebord rouge livide, qui a, dans certains points, 4 et 5 centimètres de largeur. La peau de ce cadre est lisse, et dans certains points l'épiderme y est comme froncé. En dedans de ce premier cercle, une bande d'un demi-centimètre, plus foncée et comme bistre, régulièrement circulaire, circonscrit un îlot de peau saine, grand comme une pièce de 5 francs. Pléiade de petites plaques et de tubercules autour de cette grande plaque que nous avons fait dessiner.

Le malade nous dit que ce cercle a paru le premier, il y a un an, et que bien qu'effacé après un mois de durée, il a laissé pourtant une légère différence de coloration, sans saillie aucune, ce qui n'attirait point son attention. Le pied et la cuisse sont moins maltraités que ceux du côté droit. Rien aux organes génitaux.

Lévy, homme instruit et intelligent, me fournit des renseignements très exacts. Les exsudats ont été précédés par une chaleur locale très intense ; c'était un sentiment de brûlure et de piqûres d'épingles. Deux jours après, la peau est devenue comme horripilée, hérissée de petites saillies légèrement colorées en rose, sur les trajets des cercles. Quatre jours après cet aspect comme chagriné, est survenue la couleur livide, et le rebord n'est devenu saillant qu'un peu plus tard. Bien que le malade eût la fièvre il y a vingt-quatre jours et que tout son corps fût alors constamment brûlant, il lui survenait une brûlure cuisante bien plus intense à l'endroit même où devait paraître une exsudation, et cela pendant dix ou quinze minutes.

Sa forte constitution s'est beaucoup affaiblie depuis un mois : 108 au dynamomètre, des deux mains.

Température ambiante 23°, à l'aisselle 37°. Le thermomètre du Dr C. Paul, appliqué à la partie inférieure du dos, à droite, sur une grande plaque saillante, marque 35°. L'application a duré un quart d'heure. Température de la peau à côté, là où le tégument est normal, 33° et 4 divisions. L'exploration a été faite en ma présence par le Dr C. de Marinis.

J'enlève avec le bistouri, pour l'examen microscopique, la partie centrale d'une plaque exsudative en pleine évolution, située à la région dorsale. Le malade n'a éprouvé aucune douleur. Il n'a même pas su que je le coupais.

J'ai fait trois inoculations sur la partie supérieure de la poitrine de ce malade, à droite, avec du suc puisé à deux de ses tubercules en pleine évolution situés sur le bras droit. Ergotine 1 gramme par jour, bicarbonate de soude 2 grammes, quinquina, bains généraux prolongés.

20 *juin*. — Le malade accuse des fourmillements dans le dos et le membre thoracique droit, ainsi qu'un sentiment de brûlure et des démangeaisons sur les plaques de la figure. Nulle suppuration. Diminution de la plaque de la lèvre inférieure. Affaissement des plaques de la face. Mais trois tubercules nouveaux pointent sur l'avant-bras droit. Continuation du traitement. Je puise du suc d'un tubercule et j'en inocule un autre malade lépreux (Maria Athanassiou) à la poitrine.

27 *juin*. — Tous les exsudats sans exception se flétrissent, les bords des cercles s'affaissent et leur couleur devient plus foncée. L'épiderme s'exfolie partout. Résultats de l'inoculation négatifs, 80 pulsations. Température ambiante 23° ; à l'aisselle 38° ; de la jambe gauche au tiers supérieur sur une partie saine de la peau 33°. Tandis qu'un autre thermomètre appliqué en même temps sur une plaque exsudative située un peu plus bas donne 34°. Cautérisation de plusieurs exsudats avec le thermo-cautère.

Ce malade a continué son traitement régulièrement ; les cautérisations ont été répétées tous les huit jours. L'amélioration a été progressive. Les grands cercles ont continué à s'affaisser, à s'exfolier et à se foncer en couleur. Tous les tubercules cautérisés ont disparu.

Le 13 juillet, je cautérise l'exsudat de l'aile gauche du nez et des sourcils avec le cautère en pointe et avec le champignon les plaques du dos. L'exsudat si volumineux de la lèvre supérieure à droite a presque disparu. Aucune manifestation nouvelle. Continuation de l'ergotine à la dose d'un gramme par jour et des bains. Les cautérisations au thermo-cautère ont été répétées toutes les semaines.

20 *juillet*. — La face a repris sa physionomie naturelle. Non seulement les exsudats cautérisés disparaissent; mais même ceux qui n'ont pas été touchés se résorbent, se desquament et présentent une couleur de jambon très foncée.

Dynamomètre 145 à droite et 130 à gauche; moral excellent. Fowler, quinquina, ergotine, bains; cautérisation avec le platine pointu du restant de l'exsudat sourcilier droit que je traverse quatre fois, du tubercule de l'aile du nez, de l'exsudat du sourcil gauche, de la lèvre supérieure à droite, et du dos de la main gauche.

28 *juillet*. — La face ne conserve plus qu'une légère coloration rouge foncée là où existaient les exsudats saillants. Tous les tubercules, toutes les infiltrations des membres ont disparu. La peau y a recouvré aussi sa souplesse naturelle; mais sa coloration est brune ou jambon, c'est comme les traces d'un psoriasis syphilitique en voie de disparition. Les cercles exsudatifs saillants des membres inférieurs ne sont plus en relief et leur épiderme tombe abondamment.

La sensibilité est revenue à la face, ainsi qu'aux membres supérieurs entre les exsudats, et jusqu'à leurs limites, partout où la peau avait conservé sa couleur normale; mais les îlots circonscrits par les cadres ne sentent encore ni les piqûres de l'épingle ni les brûlures ponctuées que j'y fais au thermo-cautère pour les explorer. Il est à remarquer que, quelques minutes après ces cautérisations d'essai, le malade éprouve une légère douleur aux parties touchées. Liqueur Fowler, quinquina, ergotine.

L'amélioration a continué pendant mon voyage à Copenhague et en Norvège, et à mon retour à Constantinople le malade n'a plus aucune manifestation de la maladie, ni à la face, ni aux membres thoraciques, ni au tronc. Il ne reste que des traces de ses cercles encadrants, autrefois en relief. Ce sont des lignes presque mathématiques d'un rouge brun. Mais les parties de la peau qu'elles circonscrivent sont toujours

anesthésiques. Des poils poussent à nouveau, tant sur le trajet des cadres que dans les îlots qui en sont entourés. Fowler, ergotine, bains, régime alimentaire soigné, comme il a été dit dans le corps de l'observation.

OBSERVATION V

Lèpre exsudative, hypertrophique, pigmentaire; cachexie lépreuse.
(Planche n° 2.)

Théodossia, vingt-deux ans, née Dinoglu, réglée à treize ans, mariée à Hiriaco, pêcheur d'Arnaoutkeuy, dans le Bosphore. Elle a quitté Rodesto, son pays natal, à dix ans, pour venir à Constantinople, où elle a toujours demeuré. Les renseignements qu'elle me fournit diffèrent de ceux que me donne mon confrère le Dr Cambani qui exerce à Rodosto et qu'il a puisés auprès des personnes qui ont connu la famille de la malade. Celle-ci m'apprend que son père est mort du choléra il y a dix-sept ans, et la mère à quarante, et que tous les deux n'étaient point lépreux. Théodossia a eu deux frères et trois sœurs dont une mariée à Rodosto est saine, ainsi que ses enfants.

D'autre part, le Dr Cambani m'écrit que la mère de Th., eut d'un premier lit un enfant qui aurait succombé à la lèpre on ne sait à quel âge (?). Le premier mari, indemne, est mort de maladie aiguë. Sa femme, la mère de Th., âgée alors de trente ans, a quitté le village de Lambi où elle est née, et vint s'établir à Coumbao, près de Rodosto, où elle épousa, en secondes noces, le nommé Dinoglu dont elle a eu quatre enfants, savoir : une fille morte de pneumonie; les deux fils vivant indemnes et Théodossia notre malade.

Le père, cultivateur, indemne, est mort il y a cinq ans. La mère aurait succombé à cinquante ans à la lèpre (?). A Lambi, village situé à une petite distance de Rodosto et patrie de la mère de Théodossia, se trouvent actuellement trois lépreux qui n'ont eu, d'ailleurs, ni parenté ni relation aucune avec la famille de cette dernière. On manque absolument de renseignements sur les parents de la mère de Th. L'un des frères de cette dernière est marié et a des enfants sains comme lui-même. A Rodosto, grande ville près du village de Lambi, et dans tous les environs, il n'y a pas un seul lépreux.

Théodossia n'a jamais vu ni rencontré un malade atteint de lèpre, me dit-elle. Tant qu'elle était à Rodosto, elle vivait à la campagne sans s'occuper de rien. A Constantinople, elle fut placée comme domestique jusqu'à seize ans, époque à laquelle elle se maria. Elle était d'une beauté remarquable. Elle n'a jamais eu de maladie cutanée ni autre.

Trois mois après son mariage, elle eut une fausse couche. Quelques mois après, nouvelle grossesse. Accouchement normal d'une fille qu'elle a nourrie pendant un an. Puis elle eut ses règles une seule fois, redevint enceinte et accoucha d'un fils qu'elle a nourri pendant un an et demi. Elle n'a plus eu ses règles depuis sa dernière conception.

Lorsqu'elle était grosse de deux mois de son fils, son dernier enfant, elle a eu une grande frayeur. Son mari a voulu poignarder un de ses amis en la présence de Théodossia. Elle se jeta sur lui, qui tourna l'arme contre elle. Elle s'évanouit, et en fut malade pendant quelques jours. C'est quelque temps après, dit-elle, que son corps fut couvert de taches rouges dont plusieurs étaient grandes comme des pièces de 5 francs. Celles-ci ont disparu après quelques jours de durée. Elle eut aussi les ganglions lymphatiques engorgés surtout aux aines. Cependant le mari n'a jamais eu la syphilis et Théodossia n'a jamais eu un chancre, ni présenté les signes d'une affection vénérienne. L'engorgement ganglionnaire des aines et du cou a duré un mois environ. Pendant ce temps il parut un petit tubercule près de la mâchoire inférieure, au bas de la joue à droite ; bientôt elle en a eu un pareil du côté opposé. Quelque temps après, toute sa face s'injecta et fut couverte bientôt d'une foule de petits tubercules. Il y a de cela deux ans et demi environ. A la même époque, les avant-bras, les mains et le bas des jambes devinrent d'un rouge foncé, violacé. Elle nous assure n'avoir eu ni douleurs ni grande fièvre.

15 *avril* 1884. — Il n'y a pas chez cette malade de destruction, de suppuration très abondante des exsudats qui ait amené l'épuisement dans lequel elle se trouve. A peine voit-on quelques petites croûtes par-ci, par-là. Il n'y a pas d'injection des capillaires; les muqueuses sont très pâles. Th. est d'une faiblesse telle qu'elle ne peut faire quelques pas sans se reposer ; sa respiration est toujours gênée; elle est obligée de faire de grandes inspirations toutes les 10 ou 15 respirations. Ses

mains et ses jambes tremblent. Le pouls bat 100 par minute. Battements du cœur très faibles. Palpitations fréquentes. Bruit de souffle anémique très intense à la base du cœur. Souffle dans les carotides, et bruit de diable au cou. Bourdonnements d'oreilles. Ouïe dure. Sentiments de brûlure dans les membres et à la face. Cependant elle est très frileuse, et par moments elle tremble de froid. Élancements fréquents dans les membres.

Son dernier enfant a succombé au croup il y a deux mois. Elle en a eu un grand chagrin, et sa maladie a éprouvé une grande recrudescence ; depuis ce moment, Th. a perdu l'appétit ; elle a des borborygmes et des coliques intestinales. Son sommeil est agité ; toute la nuit elle se couvre et se découvre. Ou elle grelotte ou elle brûle alternativement. Constipation habituelle. Une selle tous les deux ou trois jours. Miction normale.

On voit aux régions sourcilières de grandes plaques d'exsudat qui infiltre toute la peau devenue ainsi saillante, empâtée et bistre dans sa totalité, sans tubercules distincts. C'est une vraie peau d'éléphant ou de rhinocéros. Plus de sourcils. Du côté droit, l'épaississement éléphantiasique du sourcil a gagné la paupière supérieure dans sa moitié externe jusqu'au voisinage de son bord libre. Deux sillons verticaux, profonds, limitent les régions des sourcils. Et entre ces sillons, la peau de la bosse nasale est hypertrophiée dans toute son épaisseur ; elle est saillante et inégale à sa surface. La peau de la partie supérieure du front est mince, normale, d'une pâleur cadavérique. Il en est de même de celle des paupières inférieures jusqu'au bord orbitaire de la mâchoire inférieure. Mais, immédiatement au-dessous, commence encore un épaississement pachydermique, bistre, qui forme comme deux larges plaques saillantes, inégales et bosselées, surajoutées aux joues, à la partie inférieure et postérieure desquelles on retrouve la peau mince, physiologique, pâle, exsangue et ridée, comme une peau de vieille femme. Mais un peu plus bas il y a des tubercules isolés ; quelques-uns ulcérés sont couverts de croûtes épaisses, brunes, grisâtres. Le nez, normal à sa partie supérieure, est couvert d'une peau pachydermique inférieurement. L'aile gauche est affaissée ; on dirait que le cartilage correspondant s'est effondré. Autour des narines il y a des tubercules en fonte couverts de croûtes. Les fosses nasales aussi

en sont bouchées. La lèvre supérieure a la peau infiltrée, épaissie, bosselée, bistre partout, de sorte qu'il n'y a aucune démarcation entre le tégument et la muqueuse, excepté sous le nez et sur une étendue d'un demi-centimètre. La peau de la lèvre inférieure, du menton et de la région sus-hyoïdienne, est pachydermique dans sa totalité et offre le même aspect que le reste de la face; ce qui tranche avec le cou grêle, dont le tégument est mince, pâle, terreux, sans aucune tache.

Les pavillons des oreilles sont très grands, bistres, bosselés et déformés par des tubercules saillants qui siègent surtout aux lobules et aux hélix. Ganglions cervicaux saillants. Peau du dos et de la poitrine et de tout le tronc saine, mais très pâle. Tout le corps est émacié. Aux membres thoraciques la coloration maladive de la peau ne commence qu'à partir de la moitié inférieure des bras. C'est à la face postéro-externe que la peau est épaissie dans sa totalité et de plus en plus jusqu'au coude, avec quelques tubercules parsemés par-ci par-là, mais profondément situés, de manière à n'être appréciables qu'à la palpation. Sur le coude même, il y a une plaque épaisse, grande comme une pièce de 5 francs, saillante, irrégulière ; elle paraît être constituée par plusieurs tubercules fusionnés dont quelques-uns couverts de croûtes grises qui s'enlèvent comme du parchemin épais. Le contour de ces plaques est livide. Les muscles du bras et de l'avant-bras sont atrophiés, émaciés.

Le bord cubital de l'avant-bras droit est le siège d'un épaississement de la peau dans sa totalité; ce sont comme des plaques, des saillies inégales, irrégulières qui se confondent. La couleur en est bistre. Là même où il n'y a pas de saillies superficielles exubérantes, la peau est empâtée et comme infiltrée dans toute son épaisseur. Les côtés externe, antérieur et postérieur de l'avant-bras conservent leur peau normale jusqu'à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Mais au-dessous de cette limite la peau de ce dernier tiers de l'avant-bras est épaissie, violacée dans presque sa totalité, avec de petits îlots de peau saine par-ci par-là dont le tégument conserve sa minceur normale. Le dos des mains est violacé, comme dans l'asphyxie locale par le froid. La température de la chambre est de 18°. Celle de l'aisselle de la malade presque 38° ; à la cuisse gauche, me-

surée avec le thermomètre du Dr C. Paul, elle est de 36°. A la jambe du même côté 34° 1/5.

Quelques tubercules ramollis et vidés se voient sur le poignet et le dos de la main. Un tubercule, couvert de croûtes, siège à la partie supérieure de l'éminence thénar. Un tubercule épais cutané, au dos du petit doigt. Le membre thoracique gauche offre les mêmes altérations. Tubercule au pouce au niveau de l'articulation de la phalange unguéale avec la phalange métacarpienne. Sur le dos de la main siège une grande surface dénudée, c'est le résultat d'une brûlure. En effet, l'insensibilité de la peau expose la malade à être brûlée sans s'en apercevoir.

Membres pelviens. — Les cuisses ne présentent ni taches ni tubercules jusqu'aux environs de la rotule, où l'on voit de larges plaques bistres de 3 et 4 centimètres. La peau y est comme parcheminée. Ce sont là encore des traces d'anciennes brûlures. Toute la surface de la peau des cuisses est rude et couverte de furfures. Les jambes sont infiltrées, œdématiées; elles conservent l'empreinte du doigt qui presse. Mais il y a en outre une tuméfaction totale de la peau, un épaississement comme par exsudat dense. Taches nombreuses bistres, sans saillies, variées quant à leur forme et à leur dimension ; à mesure que l'on descend vers le pied, les taches deviennent plus grandes et plus foncées. Il n'y a nulle part de tubercules isolés; il n'y a que des plaques d'infiltration cutanée qui paraissent avoir presque un centimètre d'épaisseur. Tout à fait à la partie inférieure des jambes, la peau est ichthyosique : des lignes transversales nombreuses, entrecoupées par d'autres dans tous les sens, circonscrivent des espaces comme losangiques allongés perpendiculairement à l'axe du membre, et qui se dépouillent facilement de leur épiderme craquelé. Pieds violacés, tuméfiés, énormes, éléphantiasiques, très chauds, n'offrant ni tubercules, ni plaques, ni taches pigmentaires. Mollets atrophiés. Aucune déformation des orteils. *Sensibilité* absolument nulle au contact, à la piqûre et à la température à partir du cinquième inférieur de la cuisse; mais conservée à la plante des pieds, bien que l'épiderme y soit très épais. La sensibilité des membres thoraciques est nulle aux mains (excepté à la paume), aux poignets et aux avant-bras jusqu'aux coudes. Cependant l'insensibilité n'est pas complètement abolie dans

le sens de la flexion, là où la peau a conservé son aspect normal. Au bras, c'est le long du triceps qu'elle est nulle. Le doigt auriculaire, l'annulaire et le côté interne du médius sont insensibles à leurs faces dorsale et palmaire. A la tête, la sensibilité est perdue aux pavillons des oreilles. Elle existe, bien que très émoussée partout ailleurs, même sur les infiltrations les plus épaisses de la face. Elle est parfaite au cuir chevelu, qui est riche en cheveux, au cou, à la nuque et sur tout le reste du corps.

Les règles restent toujours supprimées. Depuis plusieurs années elle n'a pas été au bain, où d'ailleurs on ne voudra pas la recevoir, car tout le monde croit, en Turquie, que la lèpre est transmissible par le simple contact. Yeux comme vitreux, cadavériques; sclérotique bleuâtre; expression de mort! C'est comme des yeux artificiels. Pupilles paresseuses, presque immobiles. La malade dit voir trouble. On fera l'exploration à l'ophthalmoscope. Au côté externe du globe oculaire gauche, au voisinage de la cornée, se voit une espèce de tissu jaune rose comme une infiltration gélatineuse, transparente, de 8 millimètres d'étendue environ, saillant sur la sclérotique, à contours irréguliers. C'est comme une infiltration entre la sclérotique et la conjonctive, qui s'avance sur la cornée sur une étendue de 3 millimètres environ; ce qui gêne la vue. Rien du côté de l'iris.

Il est à remarquer que, bien que l'affection ne date que de peu de temps relativement, elle a marché avec rapidité. Th. a la figure entièrement déformée. Elle se trouve dans un état de cachexie profonde. Cette malheureuse manque de tout et vit d'aumônes qui lui permettent à peine de se nourrir de pain sec. Sa misère et le chagrin d'être frappée de cette maladie qui fait fuir tout le monde, le désespoir de guérir et la perspective d'une existence de plus en plus affreuse, tout cela a agi sur son intelligence, qui a considérablement baissé. Sa mémoire s'est aussi affaiblie. Elle reste toute la journée volontiers au coin de son taudis sans bouger, sans parler. Elle est d'une tristesse profonde. Cependant, bien qu'elle soit un objet d'horreur et de dégoût, son mari continue à avoir des rapports conjugaux fréquents avec elle : sensibilité voluptueuse nulle. Sa voix enrouée fait craindre du côté du larynx des manifestations analogues à celles de la peau.

Traitement : vin de quinquina et protoiodure de mercure à la dose de 0gr,10 par jour. J'ai voulu expérimenter les mercuriaux sur la lèpre, bien qu'il n'y eût aucune cause de soupçon de syphilis. On vient à son aide pour améliorer tant soit peu sa nourriture.

Le 30 *mai*, il y a une amélioration dans son état général. L'appétit est meilleur; la faiblesse moindre; elle se plaint de maux de tête et de fortes douleurs dans les jambes et les pieds. Température ambiante 20°, à l'aisselle 39°, au bras gauche 36°3/5, à la cuisse gauche 34°4/5; dynamomètre à droite 40, à gauche 38.

L'expression de la face s'est heureusement modifiée, l'œil est plus vivant. Elle est moins engourdie, plus courageuse ; quinquina, protoiodure de mercure 0gr,10 par jour en deux fois, vin ferrugineux, toujours meilleure nourriture qu'auparavant. Je cautérise avec le thermo-cautère pointu trois exsudats en plaques de la face, trois des mains et un tubercule de l'oreille ; je les traverse en deux et trois endroits jusque près de leur limite profonde. Il n'en sort ni pus ni sang, mais un liquide comme gommeux. Elle ne sent la cautérisation qu'à la face. Je puise avec la pointe d'une lancette dans un exsudat de l'avant-bras et je pratique immédiatement quatre inoculations sur la poitrine de la même malade, qui est absolument indemne.

13 *juin*, résultats de l'inoculation négatifs. L'auriculaire gauche est déformé, douloureux, l'articulation de la première phalange avec la seconde est ouverte, on pénètre dans l'articulation avec un stylet. Les deux coudes offrent chacun une ulcération profonde de 50 centimètres d'étendue. Je les cautérise au thermo-cautère ainsi que l'ulcération de l'auriculaire et les coudes. J'enlève aussi un tubercule de l'avant-bras avec le thermo-cautère, pour l'examen microscopique. Toutes ces opérations n'occasionnent aucune douleur à la malade.

Je lui fais sur le bras droit trois inoculations avec du suc pris sur un tubercule palpébral d'Elias Pardo, un autre lépreux.

Léger ptyalisme, gargarisme au chlorate de potasse ; pansement du doigt auriculaire avec vaseline 15 grammes, iodoforme 50 centigrammes. L'ophthalmoscope n'a rien fait constater au fond des yeux.

27 *juin*, inoculation négative ; même état général ; les ulcérations consécutives à la cautérisation au thermo-cautère marchent vers la cicatrisation. Le ptyalisme s'accentuant, je renonce au mercure et je

prescris la liqueur de Fowler à la dose de cinq gouttes deux fois par jour, l'iodoforme de 0gr,20 à 0gr,50 par jour en quatre fois et le vin de quinquina. J'ai continué à voir cette malade tous les huit jours, et j'ai pu suivre une amélioration progressive dans son état général. Cette pâleur cadavérique avec l'œil terne et sans expression a disparu ; la peau s'est colorée, même à la face, là où elle n'avait pas été envahie par les exsudats; la malade paraît revenir à la vie; elle cause avec empressement; l'espoir renaît à son esprit; elle a bon appétit; ses forces augmentent; dynamomètre 40 à gauche, 50 à droite. Elle marche assez bien pour venir chez moi, tandis qu'avant elle venait en tramway, et on la traînait pour lui faire faire quelques pas jusqu'au bout de la rue où passe la voiture. J'ai continué à traverser avec le thermo-cautère en pointe les infiltrations du front, des joues, des oreilles, des sourcils successivement. La teinture de quinquina, la liqueur de Fowler, l'iodoforme ont été continués. De temps en temps elle a pris un bain de savon. Tout ce qui est détruit par le thermo-cautère se cicatrise très bien. Le travail imprimé par la cautérisation dans la profondeur des exsudats paraît, outre la destruction d'une partie, imprimer une activité résorbante aux alentours. Cependant l'affection est tellement générale, elle a tellement envahi l'économie, qu'on hésite à admettre la possibilité d'une guérison. De plus cette pauvre malheureuse manque du nécessaire et se nourrit encore très mal, bien que mieux qu'auparavant.

Les règles n'ont pas paru. — Nous avons vu sa petite fille âgée de quatre ans, bien grasse, bien développée, d'une santé florissante et indemne. Il en est de même du mari.

Pendant mon absence à Copenhague, cette malade est peu venue se montrer au confrère qui me remplaçait. Cependant elle a eu deux séances de cautérisation. On ne brûle les exsudats qu'à tour de rôle et un certain nombre chaque fois, pour ne pas amener une suppuration par trop grande qui pourrait contribuer à affaiblir la malade. On a continué la liqueur de Fowler à la dose de dix gouttes par jour et l'iodoforme à 0gr,30 par jour.

A mon retour je la trouve dans un état incontestablement plus satisfaisant qu'avant l'institution du traitement. Santé générale relativement assez bonne. Il n'y a pas eu de nouvelles poussées d'exsu-

dats, ni état général fébrile qui annonce en général une aggravation par saccades. Mais il reste beaucoup d'exsudats à détruire par le thermo-cautère. La cautérisation de la face est toujours douloureuse, celle des membres n'est pas perçue : traitement *ut supra*. Je continue toujours l'observation de cette malade.

OBSERVATION VI

Lèpre exsudative (*tuberculeuse*), *couperose*, *ichthyose*, *psoriasis*, *perte des yeux par kératites*, *pigmentation remarquable du corps*, *aspect de la peau des mains comme momifique ; peau de la jambe semblable à celle du crocodile* (*troubles trophiques*).

Maria Athanassiou, âgée de trente ans, née à Ganokora, d'où elle est venue directement à Constantinople depuis quatorze ans. Le père et le grand-père de la malade connus d'elle ont été indemnes. La grand'mère maternelle est morte de vieillesse. Sa mère vit bien portante ; elle a soixante ans ; tous étaient de Ganokora même, où il n'y a aucun lépreux. Maria a eu trois sœurs et un frère ; point de lépreux dans sa famille. Arrivée à Constantinople, elle s'est placée comme bonne.

En 1877 elle eut une éruption de boutons à la face, qui a duré neuf mois. Trois ans après, elle eut une nouvelle éruption de la face pour laquelle on l'a envoyée aux eaux thermales sulfureuses de Brousse (?). Elle ne peut me dire d'une manière exacte à quelle époque ont commencé à paraître ses tubercules de lèpre. Mais ce qui est certain, c'est qu'il n'existait aucun signe de cette maladie jusqu'à 1881, et que les éruptions cutanées, qui paraissent avoir été vulgaires, venaient et disparaissaient sans laisser de traces. M... se nourrissait comme toute la famille auprès de laquelle elle servait comme bonne, c'est-à-dire d'une manière variée, sans exclusion ni de l'huile d'olive, dont on mange dans toutes les maisons à Constantinople, ni de poissons frais. Elle attribue sa maladie à de grands chagrins et à des émotions violentes qui l'ont tourmentée pendant des semaines, en 1881. Fiancée, elle devint enceinte et fut abandonnée ; son mariage a été rompu, et fille mère elle eut des difficultés pour se placer, etc. (Tous ces

faits ont des conséquences bien plus fâcheuses ici que dans une ville d'Europe.)

Peu de temps après, c'était au mois de juin, elle sentait, surtout dans l'après-midi, le sang lui monter vers la tête ; sa face brûlait, M... devenait comme folle, tellement elle était agitée. Elle se lavait alors la figure avec de l'eau froide du puits, dont elle se versait des seaux pleins sur la tête.

Les sourcils et les oreilles ont été le siège des premiers tubercules. En même temps elle souffrait d'un prurigo général qui l'obligeait de se gratter par tout le corps jusqu'au sang, et dont elle n'est pas encore débarrassée (30 juin 1884) M... n'a pas la gale.

Jusqu'à 1882, elle a continué à servir comme bonne. Elle est restée à la même place pendant trois ans. Tous ses maîtres ont été bien portants ; aucun d'eux n'a eu la lèpre.

Depuis deux ans la face de M... est devenue hideuse de façon qu'aucune famille n'a voulu l'accepter. Aussi a-t-elle loué une petite chambre et, après avoir mangé toutes ses petites économies, la maladie faisant des progrès, elle s'adresse à la charité publique pour vivre.

Il y a deux ans aussi qu'elle commença à avoir mal aux yeux, dont l'état s'est aggravé de plus en plus ; de sorte que depuis dix mois elle distingue à peine la lumière et se conduit difficilement dans la rue. En effet, des deux côtés la cornée a perdu sa transparence ; elle est épaissie ; des vaisseaux variqueux sillonnent la conjonctive et, arrivant jusqu'à la circonférence de la cornée, se divisent et s'y ramifient. A l'œil droit, du côté externe, il y a une excroissance plate, sorte d'épaississement gélatineux de la conjonctive, grande comme une pièce de 20 centimes, peu proéminente et ayant l'apparence des exsudats tuberculeux et de la lèpre, que je rencontre en général chez les personnes qui en sont affectées. A gauche cet exsudat sous-conjonctival est encore plus étendu et forme comme un cercle complet qui entoure toute la cornée sur laquelle il empiète, de manière que cet anneau rougeâtre a, dans certaines parties de sa circonférence, notamment en dehors, près d'un demi-centimètre de largeur. L'iris, qu'on entrevoit à travers la cornée opaque, a certainement une coloration normale ; elle est d'un bleu sale ; on ne peut distinguer la pupille. Les yeux ont été primitivement lie de vin (planche n° 2).

Les pavillons des oreilles sont énormes; ils sont hypertrophiés uniformément, comme lardacés par un exsudat cutané qui a envahi la totalité de la peau dans son épaisseur et qui l'a tendue et rendue luisante. Mais il y a, en outre, des tubercules énormes, plus grands que de gros pois, aux tragus, aux hélix et aux lobules. Ces derniers commencent à s'ulcérer.

Il n'y a pas de sourcils, et leurs régions sont envahies, principalement à leur moitié externe, par de grands dépôts cutanés qui font proéminer toute la peau, qui est lisse à sa surface; car l'exsudat s'est uniformément épanché dans l'épaisseur du tégument sans former des inégalités ou des bosselures à sa surface. La peau des régions sourcilières ainsi épaissie est d'une couleur bistre.

Couperose rosée sur le milieu du front, sur le nez et sur les replis labio-jugaux. Toute la peau a dans ces parties une couleur rouge vive; elle est tendue, luisante et parsemée de petites fistules superficielles qui sèchent ou sont arrachées par la malade de manière à laisser à leur suite de petites croûtes dures, rouge foncé, et plus tard de petites cicatrices. Gros dépôts d'exsudation spéciale dans l'épaisseur des joues; il y en a qui s'amollissent et se résorbent sans avoir suppuré, sans s'ulcérer. La peau qui les renferme dans son épaisseur est en plusieurs endroits d'une coloration violacée, comme s'il s'agissait d'ecchymoses profondes; leur consistance est alors comme gommeuse.

On constate l'engorgement des ganglions cervicaux sous forme de chapelet. De chaque côté du cou, dans le voisinage du muscle sterno-cléido-mastoïdien, on voit de grandes taches pigmentaires presque cuivrées, bistres, sous forme de traînées. Elles ont 4 et 5 centimètres d'étendue; elles servent de fond à des taches plus foncées qui sont parsemées sur leur surface, et variant comme dimension depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 50 centimes. Même disposition de la peau des mamelles; c'est-à-dire coloration bistre, avec rides de la peau, aspect luisant, sans desquamation s'étendant irrégulièrement jusqu'à 4 et 5 centimètres autour de l'aréole mammaire. Le mamelon est dur, épaissi, comme coriace. La disposition pigmentaire existe au dos aussi, sous forme de deux grands coups de pinceau, commençant aux épaules et descendant jusqu'aux flancs. Transver-

salement, ces colorations commencent à 3 centimètres environ de la ligne médiane et s'étendent jusqu'à une ligne qui, de l'aisselle, descendrait perpendiculairement vers la crête iliaque. D'ailleurs, sur la poitrine et le tronc il y a un grand nombre de taches jaunes et bistres jurant sur la peau saine. Le tégument n'a pas augmenté d'épaisseur à leur endroit. Il y a une desquamation furfuracée presque générale. A partir de l'épaule, dont la peau est épaissie et rude au toucher et couverte d'une large tache bistre, cette disposition s'accentue de plus en plus, principalement du côté de l'extension sur les membres thoraciques dont l'épiderme est divisé par des lignes dirigées dans tous les sens, qui entourent des taches bistres sur un fond déjà pigmentaire ; ces taches sont grosses comme des lentilles, et le tégument y prend l'aspect de la peau écailleuse d'une tortue. Cet état se prononce de plus en plus, à mesure qu'on s'approche de la main. De gros tubercules lépreux sous-cutanés sont parsemés par-ci par-là sur toute l'étendue du membre et ne sont appréciables qu'au toucher.

Vers le coude, la peau devient comme celle du crocodile, et l'olécrâne est comme recouvert d'une cupule de peau hypertrophiée, fendillée, violacée et bistre par places.

L'altération de la peau ci—dessus décrite est moins prononcée à la face antérieure du bras et de l'avant-bras, où le tégument conserve par places l'aspect normal. De larges exsudats siègent dans la peau calleuse, hypertrophique, et très bistre des environs des poignets. Un de ces exsudats, siégeant au bas de l'avant-bras gauche, a une étendue de 4 centimètres environ. La peau du dos de la main, d'une couleur très foncée, a des rides très épaisses, rudes au toucher ; c'est comme les replis de la queue d'un lézard. Elle est desséchée et comme momifiée. On voit un tubercule, gros comme une fève, siégeant dans l'épaisseur de la peau qui couvre les articulations métacarpo-phalangiennes de l'auriculaire et de l'annulaire.

Membres pelviens. — La cuisse droite est ichthyosique et brunie par du pigmentum disposé en taches de forme et de dimensions variées, qui tantôt se confondent et tantôt s'espacent; si l'on y promène le doigt, on éprouve la sensation rude de la langue de chat.

Dans les environs du genou, la peau, livide, présente de larges surfaces lisses, violacées, pareilles à des cicatrices, parcheminées, comme

de vieux vésicatoires qui ont suppuré pendant longtemps. En effet, la malade nous dit y avoir eu des ulcères qui sont restés ouverts pendant des mois, il y a de cela deux ans environ. Le tiers supérieur de la jambe est presque normal. Mais au-dessous, la peau devient de plus en plus craquelée; de manière qu'au tiers inférieur des îlots de 2 et de 3 centimètres à formes multiples, à épiderme s'élevant et se détachant en écailles, donnent au tégument un aspect absolument pareil à celui de la peau du crocodile. C'est comme le cuir dont on confectionne des porte-cigares et des porte-monnaie à la mode.

Il y a aussi par endroits des plaques mélaniques, comme s'il s'agissait de vieilles ecchymoses avec épanchement de sang et endurcissement de la peau dans toute son épaisseur. En outre, toute la peau de cette région est le siège d'une infiltration résistante, mais surtout là où il y a des plaques mélaniques; on y sent comme des nodosités. M... n'a jamais eu ni ulcères ni tubercules aux jambes. La région tibio-tarsienne et le cou-de-pied sont gros, déformés; à distance on dirait un œdème très prononcé. Cependant le doigt a beau y presser, il n'y laisse pas son empreinte. C'est qu'il y a une exsudation solide dans l'épaisseur de la peau et au-dessous d'elle. C'est comme un pied d'éléphant. Le dos du pied et les doigts ont une couleur violacée; l'épiderme y est finement craquelé et fait contraste avec les grandes figures géométriques du tiers inférieur de la jambe. A partir de la moitié de la cuisse, l'insensibilité du membre pelvien, des deux côtés, est complète. J'implante l'aiguille jusqu'à 2 centimètres de profondeur en plusieurs endroits sans que la malade s'en doute. Il ne s'écoule pas de sang de la piqûre à partir du tiers inférieur de la jambe. On dirait que c'est une partie du corps qui participe peu à la vie active. La plante du pied est un peu sensible à la piqûre.

Mon doigt promené sur le membre inférieur n'est point perçu à partir du milieu de la cuisse. Mais si je comprime fort, M... m'en avertit immédiatement. Les parties profondes ont donc conservé leur impressionnabilité à la pression.

Le champignon du thermo-cautère Paquelin, chauffé fortement, me sert à explorer la sensibilité à la température élevée. Je la trouve à peine conservée vers le genou et bien plus à la plante du pied. Mais

un corps froid (verre ou métal) mis en contact avec la peau du membre, à partir du milieu de la cuisse, n'est point discerné.

Cette malade ne sue jamais, me dit-elle, excepté à la plante des pieds.

Je cautérise avec le thermo-cautère les gros tubercules des pavillons des oreilles, que je traverse dans toute leur profondeur sans occasionner la moindre douleur.

Traitement : vin chalybé, trois pilules d'ergotine, chacune de $0^{gr},15$; bains généraux.

Le 20 juin, je fais à la poitrine de cette malade deux inoculations avec du suc puisé dans un tubercule de l'avant-bras, de Bohor Levy, le rabbin dont l'observation a été relatée plus haut.

Cette femme a continué à venir régulièrement toutes les semaines. J'ai cautérisé successivement toutes les régions où siégeaient les exsudats affectant la forme isolée de tubercules ou de plaques, les pavillons des oreilles, les régions sourcilières, les membres thoraciques. Les infiltrations étendues étaient transpercées, à plusieurs reprises, à chaque séance, avec la pointe acérée. La malade n'accusait quelque douleur et de la brûlure que lorsque l'instrument arrivait profondément dans les tissus sous-jacents à la peau.

Mais quelques instants après la cautérisation des parties insensibles, elle ressent un peu de douleur et de chaleur. La face est dans le même cas. J'ai prescrit les toniques, l'arsenic et plus tard l'iodoforme jusqu'à $0^{gr},60$ par jour. Tous les exsudats détruits ont définitivement disparu ; leur cicatrisation a été prompte. Les pavillons des oreilles n'ont plus ni tubercules ni plaques exsudatives, et sont rentrés dans les proportions normales. La malade a gagné des forces et de l'embonpoint. Cependant le corps conserve toujours ses pigmentations ; les membres pelviens sont dans le même état, ainsi que les cornées. Son acné rosacée va mieux aussi ; mais M... se plaint toujours de démangeaisons par tout le corps. J'aurais beaucoup espéré pour cette malade si elle n'était condamnée à vivre dans la misère et la saleté.

Le 25 juillet, résultats de l'inoculation négatifs ; l'amélioration de son état général et de l'état local est incontestable. M... est engraissée, elle a une expression de santé et de satisfaction. Cependant son acné rosacée est dans toute son activité. Le nez et les environs sont d'un

rouge érysipélatiforme luisant. Cette semaine, nous dit-elle, elle a eu la fièvre ; ses membres pelviens ont été surtout brûlants au point que la malade y appliquait continuellement des linges trempés dans l'eau froide. Est-ce une nouvelle poussée qui s'annonce ? ou bien est-ce le résultat des nombreuses cautérisations que j'ai pratiquées et de l'inflammation consécutive? Est-ce enfin le résultat de l'usage prolongé de l'iodoforme? Je suspends l'arsenic et l'iodoforme. Je lui prescris de l'ergotine 0^{gr},45 par jour et un bain.

1er août, cette fièvre n'a pas eu de suites, et l'amélioration a continué. M... n'a pas eu ses règles depuis quatre ans.

Pendant mon absence le confrère qui m'a remplacé a continué le même traitement, ergotine et cautérisation. M... a eu une poussée de pustules impétigineuses entourées d'une large auréole inflammatoire sur diverses parties de la figure (nez, sourcils, menton). Mais pas de nouveaux exsudats. Tous les anciens étant définitivement détruits, si l'on examinait la malade maintenant pour la première fois on ne pourrait pas diagnostiquer la lèpre. Cette malade n'est pas perdue de vue ; elle est examinée tous les quinze jours.

DE LA NATURE DE LA LÈPRE.

La biopsie (mot très heureux que l'on doit au D^{r} Besnier) et la nécropsie constituent certes les meilleurs moyens instructifs sur la nature intime de la lèpre, et qui pourront conduire, d'une manière plus directe, soit à la guérison de cette terrible maladie, soit à son extinction définitive, en dévoilant son essence même et partant les secrets de sa production.

Nous n'avons pas eu l'occasion de nécropsier des lépreux. Les superstitions et les difficultés pour l'examen post mortem sont telles en Orient, qu'il est rare qu'on puisse vérifier après décès ce qu'on a soupçonné pendant la vie. Il est impossible de faire accepter une nécropsie en ville par les musulmans et les juifs. Lors même que le mort appartiendrait à la classe des indigents ou des délaissés, le peuple s'y opposerait en masse. Il n'y aurait donc qu'à l'hôpital que l'on pourrait se livrer à de telles recherches. Mais il n'y a qu'une léproserie à Constantinople, exclusive aux musulmans, et sans infir-

merie. Les malades presque cloîtrés dans une vieille baraque, *au fond d'un cimetière*, sont abandonnés à eux-mêmes. Ils y vivent et y meurent sans le moindre secours médical, même pour les maladies accidentelles, pour les affections intercurrentes. Ils ont accepté avec résignation, en bons fatalistes, le sort qui leur est réservé, et attendent la mort très stoïquement en assistant, comme de simples spectateurs, à leur mutilation et à leur décomposition, de leur vivant. D'ailleurs l'emplacement qu'ils occupent a toute sa signification : considérés déjà comme des condamnés sans appel, ils vivent parmi les morts, à côté de la fosse ouverte pour les engloutir. Il est vrai que souvent cette fosse ne se ferme sur eux qu'après dix et vingt ans ! Mais pendant tout ce temps ils en attendent impassiblement le moment, sans réagir, et rien n'est essayé pour les y soustraire ou pour en éloigner la date.

Ces malheureux lépreux ne veulent même pas se laisser étudier par le médecin. Leur argument est *que ce qui a été accordé ou infligé par Dieu ne doit ni ne peut être combattu par l'homme*. Il m'a fallu une haute influence pour pénétrer jusqu'à eux, afin de les étudier avec tous les ménagements possibles. Ils se montrent bien une fois pour une récompense pécuniaire ; mais si l'on veut y retourner, les questionner, prendre leurs observations, ils s'y refusent net. Il y a donc impossibilité absolue de toucher à leurs morts, qui sont bien vite enfouis à quelques pas de leur cabane.

Restent les lépreux chrétiens. Mais ceux-ci ne sont pas acceptés dans les hôpitaux. Ils meurent dans quelque taudis, où il y aurait des difficultés insurmontables pour opérer la nécropsie. Ou bien, originaires de quelque île ou de quelque village éloigné de la capitale, la charité chrétienne va jusqu'à leur procurer, lorsqu'ils sont presque mourants, une place sur le pont d'un navire qui les transportera à leur lieu de naissance. Si le misérable ne succombe pas en route, il est placé dans le quartier des lépreux, ou bien il est relégué dans une cabane, loin des habitants qui lui jettent quelque morceau de pain jusqu'à ce qu'il expire de faim, de froid et de chagrin ! Nous voilà donc justifié de ne pouvoir produire quelque nécropsie à l'appui de ce travail.

Quant à la biopsie, qui est d'une importance capitale, nous la pratiquons chez les malades que nous observons, afin d'étudier le microbe

et les lésions des nerfs périphériques. Des exsudats enlevés chez le vivant ont même été envoyés par nous aux hommes les plus compétents, à MM. Cornil, Vidal, Balzer...

Je transcris ici la note dans laquelle ce dernier micrographe, dont la compétence est incontestable, relate les résultats de ses observations sur les tubercules lépreux que je lui ai fait parvenir.

« Durcissements : alcool absolu.

« Coloration des coupes : violet de méthyle (solution d'Enllech), solution d'iodure de potassium pour décolorer, alcool absolu, essence de girofle, baume de Canada.

« Les coupes obtenues par ce procédé montrent une quantité énorme de parasites.

« Le tissu est constitué par des cellules embryonnaires volumineuses, rondes ou fusiformes, et cloisonné çà et là par quelques tractus conjonctifs. Les vaisseaux sont nombreux et paraissent tous perméables ; quelques-uns ont des parois formées seulement de cellules fusiformes. En résumé, dans son ensemble, le tissu offre un aspect un peu analogue à celui d'un tissu sarcomateux.

« Les parasites sont fortement colorés par le violet de méthyle ou par la fuchsine que nous avons employée également, en suivant la méthode indiquée ci-dessus. Ce sont principalement des bacilles de volumes très divers, les uns aussi petits que ceux de la tuberculose, les autres beaucoup plus volumineux. Ils sont tellement nombreux, que quelques-uns se détachent du tissu et se répandent en dehors de la préparation. Le plus grand nombre est inclus dans les cellules : ils s'y montrent sous forme de micrococci et sous forme de *bâtonnets*. Ces bâtonnets sont souvent serrés les uns contre les autres, de manière à former des espèces d'épis de forme irrrégulière, qui bourrent en quelque sorte la cellule.

« Dans les cellules fines des tractus conjonctifs, les bacilles se voient avec le même aspect.

« Ces tractus sont eux-mêmes remplis de bâtonnets libres, de volumes variables, articulés ou non articulés, dans le voisinage desquels on voit un grand nombre de micrococci.

« En résumé, tous ces divers éléments se voient sur les coupes en quantités réellement colossales : c'est une véritable infiltration parasi-

taire qui envahit tout le tissu. Il nous a semblé, chose assez singulière, qu'il y en avait moins qu'ailleurs dans les parois vasculaires et dans leur voisinage immédiat. »

Il y a donc dans la lèpre tuberculeuse un bacille qui a déjà été constaté par Armauer Hansen, de Bergen, en premier lieu, puis par Hillairet et Gaucher, Cornil, Suchard, Besnier, etc.

Cette constatation du microbe, soit dit en passant, plaiderait en faveur de la contagion de la lèpre, au premier abord. Mais il ne faut pas non plus se laisser entraîner par le torrent trop impétueux des croyances nouvelles qui, bien que reconnaissant pour base des faits constants et indéniables, tendent à faire table rase de tout ce qui ne leur est pas conforme, et à régner en tyrans sur toute la pathogénie. En clinique on ne peut faire plier les faits aux exigences théoriques ; et les observations opposées à la contagiosité sont concluantes, du moins pour les cas dont j'ai été témoin jusqu'à présent. Elles m'imposent donc le devoir de conclure en sens inverse des médecins américains, qui admettent la propagation de la lèpre par l'invasion chinoise, et des idées préconçues et spéculatives que ferait naître dans l'esprit la présence du microbe, en dehors de l'observation clinique rigoureuse.

Il y a dans la lèpre exsudative deux facteurs essentiels qui coopèrent à sa production et à son évolution, et cela d'une manière également puissante : je veux parler de l'innervation et de la circulation.

Je me réserve de traiter longuement ce sujet en temps et lieu. Pour le moment, qu'il me suffise de toucher tout simplement cette question si importante de la pathogénie de la lèpre.

Bien avant la confirmation de la maladie et à une époque où il n'y a ni exsudats ni microbes, le système circulatoire et le système nerveux, essentiellement atteints dans leurs fonctionnements réciproques et corrélatifs, accusent déjà l'invasion fatale de l'affection à l'observateur expérimenté (parésie capillaire, insensibilité).

En remontant plus haut encore, jusqu'à l'étiologie de la lèpre, on voit que ses causes génératrices agissent directement sur le sang dont elles modifient la nature par une alimentation vicieuse, et sur la circulation capillaire des téguments, témoins ces injections de la face,

cet état asphyxique des membres, qui précèdent même l'apparition des exsudats. La température, par ses rigueurs et par sa variabilité excessives, paraît aussi agir directement sur la circulation capillaire, en amenant une quasi-paralysie des vaisseaux. Il est évident d'autre part que la circulation capillaire étant directement soumise au système nerveux, celui-ci peut toujours être considéré comme le premier modifié et influencé par les causes productrices de la lèpre.

Ainsi, si l'on admet, ce qui me paraît démontré, l'influence de la nourriture sur le développement de la lèpre, on doit nécessairement accepter une modification dans la nature du liquide sanguin par l'alimentation vicieuse. Le sang ainsi vicié, dyscrasique, agit sur le système nerveux qu'il arrose et imprègne dans les connexions intimes qu'affectent les deux systèmes, circulatoire et sanguin, par tout le corps, jusqu'à leurs derniers retranchements. Si le système circulatoire doit être considéré dans sa partie coulante comme primitivement atteint par la modification qu'y détermine une alimentation vicieuse, de son côté le système nerveux paraît jouer le premier rôle lorsque la lèpre a paru consécutivement à une grande émotion morale, ainsi que nous l'avons établi dans ce mémoire.

D'ailleurs, bien que dans l'immense majorité des cas le système capillaire périphérique soit manifestement atteint, ce qui est prouvé par ces stases sanguines longuement décrites dans ce travail, l'apparition soudaine dans certains cas d'une pigmentation prodromique de plus en plus prononcée, sans congestion préalable du tégument, démontre les troubles primitifs du système nerveux dans ses fonctions cutanées trophiques. Cette pigmentation appartient, de même que les lésions multiples que présentera plus tard le lépreux, à la perturbation du système nerveux dans sa présidence nutritive des téguments. Elle suffit pour établir péremptoirement le rôle que joue le système nerveux dans l'évolution de la lèpre exsudative, dès son début.

On sait en effet que la nutrition de la peau se trouve placée directement sous l'influence des centres trophiques, tels que les zones radicales postérieures, la substance grise postérieure et centrale de la moelle, les ganglions spinaux. Plus tard, que les tubercules aient ou non apparu, la tuméfaction, l'épaississement

uniforme de la peau de la face, des mains, des pieds ou de toute la circonférence du membre que terminent ces derniers appendices, en dehors de tout exsudat spécifique, annoncent encore une faiblesse, un défaut d'énergie, une sorte de paralysie des nerfs vaso-moteurs. C'est là un état de la peau qui ne manque pas d'analogie avec celui que l'on rencontre dans le myxœdème. C'est une espèce de névrolysie, selon l'expression du professeur Jaccoud, employée par l'auteur dans des circonstances différentes.

La diminution de l'activité capillaire amène nécessairement une diminution de l'échange nutritif intime des tissus, dans l'action chimique interstitielle, et une décroissance dans la quantité d'urée expulsée par les urines, comme cela été constaté par l'analyse.

Le Dr Leloir s'est attaché à démontrer dans la lèpre et dans plusieurs autres affections cutanées les lésions des nerfs périphériques qui, selon lui, seraient seuls atteints dans bien des circonstances ; exemple : le vitiligo, dans certains cas d'ichthyose, d'ecthyma, etc.

Selon cet auteur, la lèpre est une affection nerveuse liée à des altérations des nerfs périphériques. C'est une *névrite interstitielle et parenchymateuse*.

Ce qui est certain, c'est qu'il faut remonter plus haut que les branches terminales des nerfs cutanés pour se rendre compte d'une foule de maladies nerveuses dont la manifestation cutanée est parfois le phénomène le plus apparent.

Le système nerveux, troublé dans ses délicates fonctions de mille manières, peut déterminer des troubles trophiques variés. Alibert déjà avait relaté des exemples d'éruptions cutanées consécutives à des émotions morales vives. Le fait est universellement admis aujourd'hui. Moi-même j'ai insisté, il y a longtemps, sur les troubles nutritifs de la peau chez les aliénés et sur la gangrène que l'on observe chez eux sans artérite ni phlébite (*De la gangrène par perturbation nerveuse,* thèse inaugurale, 1857, Paris).

Or, tout en reconnaissant la valeur des recherches des docteurs Leloir et Déjerine, nous ne pouvons admettre que dans les diverses lésions trophiques de la peau, l'altération locale des nerfs cutanés soit suffisante pour expliquer leur production. Il y a eu évidemment, avant elle, une perturbation du système nerveux central, un ébranlement

général par des causes générales, morales ou autres, qui ont affecté le système dans son ensemble ; et la localisation aux rameaux terminaux périphériques de la peau n'y est, du moins dans la lèpre, que postérieure et consécutive. Nous avons vu en effet que la frayeur a été chez beaucoup de nos malades la cause, sinon déterminante, tout au moins occasionnelle de l'explosion de la lèpre.

Quoi qu'il en soit, et c'est par là que je veux terminer, la lèpre doit être considérée comme une affection névro-vasculaire dans laquelle la dyscrasie sanguine est souvent la première cause de la perturbation nerveuse (1).

(1) Le Dr Bertherand a fait au Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne, en 1884, une communication qui nous paraît de la plus haute importance pour l'étude de la lèpre : ses recherches lui ont fait découvrir dans les salaisons de morue sèche un champignon spécial, capable de produire des désordres dans l'organisme ; ce qui est en parfaite correspondance avec les constatations récentes faites sur diverses salaisons. La saumure, que l'on croyait un milieu absolument conservateur, a offert elle-même un vibrion fort dangereux. Or, en Crète et dans la plupart des îles de l'Archipel, où la lèpre est très commune, la nourriture habituelle de la classe inférieure est le poisson conservé dans la saumure et surtout la morue salée. Nous avons également insisté sur ce fait que les lépreux de Constantinople appartiennent pour la plupart à la classe des malheureux qui ont abusé du poisson salé et de la saumure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

RAPPORT

Sur un mémoire de M. le Dr Zambaco, intitulé : *De la lèpre observée à Constantinople*, au nom d'une commission composée de MM. Cornil et Constantin Paul, rapporteur.

Le mémoire dont je viens rendre compte à l'Académie émane d'un savant distingué, M. le Dr Zambaco, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, qui exerce la médecine à Constantinople et y soutient avec honneur le drapeau de la clinique française.

C'est en effet dans les hôpitaux de Paris, à l'école de l'internat, que M. Zambaco a puisé les principes et les méthodes qui le guident dans sa pratique.

Il nous présente aujourd'hui un mémoire sur la lèpre et plus particulièrement sur la lèpre tuberculeuse observée là-bas. S'il s'est borné à cette forme de la maladie, c'est que c'est la seule qui se soit présentée à son observation. Il connaît également la forme dite anesthésique de Danielssen, car nous l'avons observée ensemble l'année dernière, tant au Congrès de Copenhague que dans les léproseries de la Norwège que nous avons visitées ensemble, tant à Trondhyem qu'à Molde et à Bergen. Et c'est une occasion toute naturelle pour remercier ici les docteurs Sand, Kaurin, Hansen et surtout le Dr Danielssen qui nous ont fait si bon accueil et nous ont ouvert si largement les trésors de leurs cliniques. Nous avons pu y puiser à pleines mains tous les renseignements désirables, tant sur la maladie que sur l'hygiène, le traitement, la législation, en un mot sur tout ce qui touche à la connaissance de la lèpre.

Le mémoire de M. le Dr Zambaco a surtout pour objet l'étude de la lèpre tuberculeuse. Il est accompagné de six observations détaillées, auxquelles sont jointes des représentations des lésions par l'aquarelle, qui sont de véritables objets d'art et permettent d'y voir les caractères

extérieurs presque aussi bien que sur les malades qui font l'objet de ces observations.

Les lépreux sont en effet très nombreux à Constantinople, qu'ils soient indigènes ou bien qu'ils arrivent des îles de l'Archipel ou de Jérusalem.

Pour M. Zambaco, les causes de la lèpre tuberculeuse ou de la lèpre exsudative, comme il préfère l'appeler, sont, à Constantinople, d'abord la misère. Sur soixante cas qu'il observe en ce moment, deux malades seulement sont à l'abri des privations. Tous les autres sont des malheureux vivant dans des taudis ignobles situés au rez-de-chaussée, dont le sol est couvert de détritus organiques.

Il en est de même de la rue qui devient infecte par les ordures qu'ils jettent au dehors et qu'on n'enlève jamais. Ajoutons que ces bouges sont remplis par des familles nombreuses qui y ajoutent tous les inconvénients de l'encombrement, et entretiennent les lépreux dans cet état si bien nommé la misère physiologique.

Ces malades, couverts de guenilles, ont les jambes et les bras nus exposés à toutes les intempéries et, chose remarquable, c'est presque toujours sur les parties découvertes que débute la maladie.

Bien que la nourriture de ces gens soit souvent insuffisante, M. Zambaco n'a pas pu y trouver de causes bien marquées de la maladie. Il n'en est pas de même des émotions morales, et M. Zambaco a pu voir deux fois la lèpre se développer chez de ces pauvres diables, le plus souvent israélites, après qu'ils ont été frappés par le tonnerre ou l'incendie, les menaces de mort, etc.

Doit-on accuser l'hérédité? Évidemment non, d'après M. Zambaco. Dans l'enquête qu'il a faite sur un grand nombre de cas, jamais il n'a rencontré de lépreux chez les ascendants. Toutes ces causes ne sont que prédisposantes et la lèpre est en somme une maladie acquise. Mais comment? Est-elle contagieuse? Tel est le problème sur lequel règne encore l'obscurité.

Les partisans de la contagion sont les plus anciens. Depuis Moïse, tous les médecins arabes, les médecins grecs et jusqu'aux médecins contemporains ont accepté la tradition de la contagion. Aussi les législateurs, inspirés par cette doctrine, frappent les lépreux de la privation de leurs droits civils. On les relègue dans des coins écartés

avec défense de sortir. On tolère seulement que l'un d'eux descende en ville pour mendier, mais il doit être muni d'une sonnette qui fait le vide devant lui. On lui jette les aumônes à distance. A la Mecque on va plus loin : quand on fait l'aumône à un lépreux, on lui donne des aliments ou des vêtements, mais jamais de l'argent, qui, en rentrant dans la circulation, pourrait y ramener la lèpre.

Tel est le résultat, en Orient, de la théorie de la contagion. Est-elle fondée?

Voyons ce que disent la clinique, l'expérimentation et le microscope.

Au point de vue clinique, si l'on recherche chez les lépreux les traces de la contagion, on ne les trouve pas. M. le Dr Zambaco, qui n'a jamais pu la saisir, fait les remarques suivantes :

Des lépreux vivant de la vie de famille, cette vie intime et resserrée qu'on a vue plus haut, continuée pendant dix, quinze ans et même davantage, n'amène pas de contagion. C'est là ce qu'on observe chez les lépreux non musulmans qui continuent à vivre de la vie de famille.

M. Zambaco en donne un exemple frappant.

A Scutari de Constantinople, on a parqué un certain nombre de musulmans dans le fond d'un cimetière turc. Ils y vivent dans la plus profonde misère. Ils peuvent s'y marier entre eux ou même prendre des épouses en ville.

M. le Dr Zambaco y a vu un vieux lépreux, aveugle, mutilé, cachectique, qui y vit depuis vingt-cinq ans. Cet homme s'est marié trois fois : une fois avec une lépreuse de la localité qui a succombé à sa maladie, mais les deux autres fois avec des femmes de la ville. Il a cohabité avec chacune d'elles pendant sept ou huit ans. Ni l'une ni l'autre n'ont contracté la lèpre et sont mortes de maladies accidentelles. Il a eu de l'une de ces deux femmes un fils qui a aujourd'hui dix-sept ans et n'a jamais présenté trace de lèpre.

L'iman ou prêtre de cette localité, qui y réside, a succédé à son père, il y est depuis quarante ans, il a six enfants qui vivent en contact perpétuel avec les lépreux sans avoir jamais rien contracté.

Beaucoup de lépreux ou de lépreuses ont un conjoint qui ne l'est pas. Jamais la cohabitation, prolongée pendant de longues années, n'a amené la lèpre chez celui qui ne l'est pas.

Ainsi donc, l'enquête clinique, faite sans aucun parti pris, n'a pu permettre de constater la contagion de la lèpre.

Telle est également la conclusion des médecins anglais. En 1862, le sous-secrétaire d'État pour les colonies anglaises, le duc de Newcastle, fit faire une vaste enquête sur la lèpre. Le collège royal de médecine de Londres rédigea un questionnaire qui fut envoyé à tous les médecins des colonies.

En 1865, il y avait plus de deux cent cinquante réponses, la plupart fournies par les médecins, quelques-unes seulement par les consuls.

Toutes ces réponses furent analysées et devinrent l'objet d'un rapport du comité du collège royal, qui conclut fermement à la non-contagion (1).

A la suite de ce rapport, le *Colonial Office* envoya dans les Indes occidentales le Dr Gavin Milroy, en 1871, qui conclut à la négative.

En 1872, le duc d'Argyle fit faire une nouvelle enquête dans l'Inde par les Drs Tilbury, Fox et T. Farqhuar : tous conclurent formellement à la négative.

Enfin les Drs Danielssen, de Bergen; Bœck, de Christiana ; Sand, de Trondhyem, et Kaurin, de Molde, se prononcent formellement contre la contagion.

Virchow, dans l'enquête qu'il fit, est arrivé aux mêmes conclusions.

Un seul fait semble en faveur de la contagion, celui des îles Sandwich.

M. Vidal (2) raconte qu'aux îles Sandwich la lèpre était absolument inconnue, lorsqu'en 1848 un Chinois atteint de cette maladie vint s'y fixer. En 1853, ce lépreux fut examiné par Hildebrandt. En 1861, six indigènes vivant dans son voisinage avaient contracté la lèpre, ils se disséminèrent dans le pays, et en 1864 on comptait déjà deux cent cinquante lépreux; en 1876, sur une population indigène de cinquante mille âmes, on en comptait quatre à cinq mille, c'est-à-dire presque un sur dix. Il ajoute que dix-sept cent cinquante avaient été admis à la léproserie de l'île de Molokaï, et que sur ce nombre neuf cents avaient déjà succombé.

(1) *La lèpre est contagieuse*, par le R. P. Brosse, dominicain, missionnaire attaché aux léproseries. Trinitad et Paris, 1879.

(2) La lèpre et son traitement, *France médicale*, 1884.

Si le fait est exact, ce serait une forte présomption en faveur de la contagion, et les îles Sandwich auraient offert à la maladie un terrain de culture d'une fécondité qui ne se trouve nulle part.

Voyons maintenant ce que dit la pathologie expérimentale.

L'inoculation de la lèpre a été faite à tous les animaux domestiques qui servent en général aux inoculations, sans aucun succès; elle a été même faite au singe et à l'homme lui-même, sans aucun résultat.

La grande majorité des savants, s'appuyant sur la clinique et la pathologie expérimentale, arrivent donc à la non-contagion.

Mais depuis quelques années le microscope a complètement renouvelé le problème.

Dès 1869 Armauer Hansen, aujourd'hui attaché comme anatomo-pathologiste à la léproserie de Bergen, publiait, dans les *Archives de médecine belges*, qu'il avait découvert dans les tubercules de la lèpre un micro-organisme, un bacille. Neisser, de Breslau, contribua beaucoup à le faire connaître en indiquant les procédés de coloration pour le déceler, et en 1881, MM. Cornil et Suchart (1) le montraient à la Société des hôpitaux. Depuis, ce bacille a été constaté en France par MM. Hillairet et Gaucher, Besnier et Balzer, Babes, Leloir, etc. Ces bacilles sont en effet très abondants dans les lésions de la lèpre tuberculeuse.

Pour ce qui touche en particulier notre sujet, disons que dans des fragments de peau de cinq lépreux vivants, fragments bien conservés que M. Zambaco a envoyés de Constantinople et que j'ai remis à M. Cornil, notre collègue a constaté la présence de bacilles en nombre colossal dans les plaques et les tubercules pigmentés de la lèpre (2).

Il n'y a donc pas de doute, la lèpre observée par le Dr Zambaco est bien la lèpre bacillaire, la même que celle de Norvège, étudiée par le Dr Hansen, dont nous avons vu les préparations à Bergen.

Le Dr A. Hansen déclara qu'en présence des bacilles la maladie doit être considérée comme contagieuse, mais ce n'est encore qu'une vue théorique, car il nous a avoué n'avoir constaté aucun fait de contagion.

L'insuccès des inoculations faites autrefois avec les matières des

(1) *Soc. des hôpitaux*, 10 juin 1881.

(2) Des préparations de ces bacilles sont exposées dans la salle de la Bibliothèque, où l'on peut aller les voir.

lépreux n'a pas empêché de tenter de nouveau cette inoculation depuis la connaissance des bacilles. Hillairet et Gaucher (1) ont inoculé un porc sans succès, Neisser a essayé vainement sur des chiens. Köbner (2) a inoculé des grenouilles, des poissons, des anguilles. Il y a retrouvé les bacilles qu'il avait introduits, mais il n'a pu constater leur multiplication.

Otto Damsch (3) dit avoir été plus heureux par l'inoculation d'un tissu lépreux dans la cavité péritonéale et sous la peau d'un chat et avoir développé des bacilles, mais le fait a été contesté. Il en a été de même d'un porc inoculé depuis un an par notre collègue M. Vidal. On a pu y retrouver les bacilles qui avaient été inoculés, mais la reproduction et la multiplication n'ont pu être prouvées.

La théorie de la contagion, fondée sur la présence des bacilles, est donc une hypothèse et n'a pu être démontrée.

Si l'on cherche dans le siège des bacilles la possibilité de la contagion, on doit supposer que la contagion de la lèpre anesthésique doit être bien difficile, puisque l'élément que l'on considère comme le principe contagieux, le bacille, ne se rencontre que dans le tissu des nerfs et en très petite quantité (4).

Dans la lèpre tuberculeuse, au contraire, on trouve dans les lésions cutanées une quantité énorme de bacilles.

Au début du développement des tubercules, les bacilles sont contenus dans l'épaisseur des papilles du derme, l'épiderme en est exempt. Plus tard, on trouve des bacilles dans les conduits des glandes sébacées et dans les gaines des poils; alors ils peuvent s'échapper facilement au moment de la chute des poils et se répandre à la surface de la peau; de même qu'ils peuvent pénétrer par l'intermédiaire de ces conduits jusque dans l'intérieur du derme chez un sujet sain.

Lorsque les tubercules lépreux s'ulcèrent, le sang et le liquide qui est sécrété à la surface des fissures et des ulcérations contiennent une grande quantité de bacilles.

(1) *Société de biologie*, 1881.

(2) *Virchow's Archiv.*, 1882.

(3) *Ibid.*, t. XCII.

(4) Hansen, Cornil et Babes, *Les Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques*. Babes, *Archives de physiologie*, 1883. J. Müller, *Archiv für Med. klin.*, XXXIV. Arning, *Virchow's Archiv*, t. XCVII.

Les tubercules, les infiltrations, les érosions et ulcérations des muqueuses linguale, buccale et pharyngienne présentent les mêmes lésions de la peau et les mêmes bacilles.

Telles sont les régions occupées par les bacilles d'après MM. Cornil et Babes. On voit qu'elles rendent compte de la possibilité de la contagion.

La connaissance de ces bacilles a fait supposer qu'il peut y avoir une certaine analogie entre les procédés de contagion de la phtisie et de lèpre. Voyons donc l'analogie qui existe entre les bacilles de la lèpre et ceux de la tuberculose.

La comparaison histologique des bacilles de la lèpre et de la phtisie montre que ces deux bacilles ont la même forme, à peu près la même grandeur et subissent à peu près les mêmes réactions en présence des matières colorantes. La différence est minime, les bacilles de la lèpre ont une grandeur plus uniforme et sont plus rectilignes, ils se colorent plus facilement. Mais si les caractères morphologiques et les procédés de coloration permettent difficilement de les distinguer, leur évolution physiologique est différente.

La multiplication sur place des bacilles de la lèpre est beaucoup plus grande que celle de la tuberculose, mais leur migration ou généralisation est beaucoup moins rapide que celle du bacille tuberculeux, et tandis que les bacilles du tubercule se fixent surtout dans les organes respiratoires et les glandes séreuses, les bacilles de la lèpre se fixent surtout dans la peau et les nerfs. On les a trouvés dans les ganglions et les testicules, mais on ne les a pas encore trouvés dans les os.

En résumé, il nous faut dire avec le Dr Zambaco : la lèpre n'est pas une maladie héréditaire, elle est acquise. Il est possible qu'elle le soit par la contagion, mais ni la clinique, ni l'expérimentation sur les animaux, ni l'expérimentation sur l'homme n'ont pu le démontrer encore.

En acceptant même que tout lépreux n'a pu trouver l'origine de sa maladie que dans la contagion par l'introduction dans l'organisme de bacilles spécifiques, il ne s'ensuit pas fatalement que ce lépreux va répandre facilement sa maladie autour de lui et qu'il soit devenu si redoutable. Les enquêtes cliniques négatives et l'insuccès des ino-

culations prouvent dans tous les cas que cette maladie ne se transmet pas facilement, et qu'il n'y a aucune proportion entre les chances possibles de la contagion et la sévérité des mesures que l'on prend en Orient contre les lépreux.

Dans cette discussion de la contagion, je n'ai fait appel qu'aux travaux scientifiques. J'ai dû laisser de côté l'ouvrage d'un missionnaire, le R. P. Etienne Brosse, dominicain, qui a écrit compendieusement tout un roman pour établir la contagion de la lèpre. L'examen de son ouvrage ne peut supporter la critique (1).

J'aborde maintenant la partie clinique du travail de M. Zambaco.

La description des symptômes de la lèpre tuberculeuse et particulièrement les lésions de la peau ont été étudiées avec le plus grand soin, et les exemples les plus caractéristiques ont été reproduits par l'aquarelle d'une manière très remarquable, comme vous en pourrez juger par les planches que je fais passer sous vos yeux. Je ne m'arrêterai pas à vous les décrire toutes, il faudrait retracer alors toute la nosographie de la lèpre, qui vous est connue. Je veux seulement mettre en relief quelques symptômes étudiés avec beaucoup de soin.

D'abord la température locale. M. Zambaco a constaté qu'au niveau de chaque lésion tuberculeuse la température s'élève. M. Zambaco, qui s'est servi pour cette étude du thermomètre à indications locales, que j'ai présenté l'année dernière à l'Académie, a pu constater d'une manière rigoureuse que, dans ces points, la température pouvait s'élever d'un degré à un degré et demi. Ce qui est facile à voir en comparant la température des parties malades avec celle des parties saines situées dans les points symétriquement correspondants.

Un autre point a été étudié plus particulièrement, c'est l'état de la sensibilité. On sait que le professeur Danielssen admet deux formes de la lèpre : la lèpre tuberculeuse et la lèpre anesthésique. Il semble donc, et on le croit généralement, que la sensibilité n'est pas atteinte dans la première forme et qu'elle ne l'est que dans la seconde. C'est une erreur.

Il y a bien quelquefois, au moment des poussées aiguës, un peu

(1) *La lèpre est contagieuse*, par un missionnaire attaché aux léproseries. J.-B. Baillière, Paris, 1879.

d'hyperesthésie, mais cette hyperesthésie est passagère, et elle fait bientôt place à une véritable anesthésie.

Cette perte de la sensibilité porte d'abord sur la sensibilité à la douleur, et cette sorte d'insensibilité est précieuse pour le traitement qui consiste, comme on le verra, à détruire les tubercules par le thermomètre, puis vient l'anesthésie à la température, au froid comme au chaud, et la perte de cette forme de la sensibilité a souvent pour résultat que les malades s'approchent beaucoup trop des réchauds et se font parfois des brûlures assez profondes. Lorsque la peau vient à s'ulcérer, les plaies restent également insensibles, ce qui permet également de leur appliquer la cautérisation actuelle par le feu.

A côté de cela pourtant les malades éprouvent spontanément dans les membres des engourdissements, des douleurs et des fourmillements qui sont des phénomènes absolument subjectifs.

D'autre part, le caractère s'altère et les lépreux sont en général fort tristes, et cette tristesse est toujours augmentée par la séquestration qu'on impose à ces malheureux.

Les organes des sens n'échappent pas à l'envahissement de la lèpre. Tantôt il se développe du tubercule sur la cornée, tantôt la paralysie des paupières entraîne la suppuration de l'œil et rend le malade aveugle.

Nous avons pu voir les mêmes lésions se produire dans la lèpre de Norwège, et je puis fournir ici même la statistique de l'hôpital de Reknöes, à Molde, qui m'a été fournie par le Dr Kaurin.

Le nombre de lépreux étant de 64,

41 avaient des affections des yeux, soit.	64,1	p. 100
37 avaient les deux yeux affectés,	— 48,2	—
6 étaient complètement aveugles,	— 14,6	—

En recherchant le rapport entre la forme de la lèpre et l'affection oculaire, on a trouvé les chiffres suivants :

Pour la forme anesthésique.	37 cas.		
Yeux normaux.....	13 cas,	soit 35,1	p. 100
Yeux pathologiques.....	24	— 64,9	—

Pour la forme anesthésique succédant à la forme tuberculeuse.....	7 cas.
Yeux normaux.....	3 cas, soit 42,4 p. 100
Yeux malades.....	4 — 57,1 —

Le nombre des malades affectés de la forme tuberculeuse étant de 14, on a trouvé :

Yeux normaux chez.....	6, soit 42,9 p. 100
Yeux malades chez.....	8, — 57,1 —

Cinq malades guéris de la forme tuberculeuse avaient tous les yeux malades.

En résumé, à Constantinople, comme en Norwège, les lépreux sont atteints d'affections oculaires dans la proportion des deux tiers ou des trois quarts. Ces affections portent surtout sur la cornée, l'iris et le cristallin, avec cette différence que la forme tuberculeuse s'annonce le plus souvent par la kératite (*obscuratio corneæ*), tandis que la forme anesthésique altère la cornée et la conjonctive à cause de la paralysie orbiculaire qui ne retient plus les larmes (*lagophthalmus paraliticus*), Nous verrons un peu plus loin, en parlant du traitement, quels résultats la chirurgie a pu obtenir dans ces deux affections.

Si nous examinons la partie thérapeutique du mémoire de M. Zambaco, nous constatons que, pas plus que ses prédécesseurs, il n'a trouvé de remède spécifique. Il a essayé surtout la médication de Paracelse, c'est-à-dire les adjuvants et les toniques pour relever les forces de ses malades : le quinquina, l'arsenic, l'ergot de seigle, etc.

Ce qu'il préconise surtout, c'est l'hygiène; celle-ci a en effet une action remarquable. En Norwège, où l'hygiène des léproseries est des plus remarquables, on voit des établissements tenus avec un soin et un luxe de propreté qu'on ne voit nulle part. L'établissement de Reknöes, à Molde, peut être cité à cet égard comme le type de la perfection. Ajoutons que dans toutes les salles de ces hôpitaux il y a des fleurs pour les égayer, ou tout au moins des plantes vertes; on y cultive en particulier le myrte, si bien qu'il y a plus de myrtes que de malades.

Avec cette hygiène, la Norwège a vu décroître rapidement la lèpre,

comme en témoignent les chiffres suivants, que m'a communiqués le Dr Kaurin :

En 1856	2867	lépreux.
En 1867	2690	—
En 1877	1952	—
En 1881	1498	—

dont 600 hospitalisés;
898 sont répartis dans les districts.

C'est donc une diminution de moitié en trente ans.

M. le Dr Zambaco n'a pas encore eu l'occasion d'étudier l'action du hoang-nang et du chaulmoogra, ni du baume de Gurjun; il doit les expérimenter en ce moment.

Quant au traitement local, M. Zambaco n'a rien trouvé de plus efficace pour éteindre les tubercules que de les détruire par le thermocautère, et, si l'on se rapporte à ce que nous savons aujourd'hui du bacille et de sa multiplication sur place, rien n'est mieux justifié théoriquement, la pratique lui a donné également raison.

Quant aux opérations pratiquées sur les yeux, il y en a deux dont nous avons vu les beaux résultats en Norwège : c'est d'une part la kératotomie ou l'incision de la cornée pour limiter l'envahissement des tubercules. Aussitôt qu'un tubercule a paru sur la cornée, on fait à côté une section de la cornée qui se réunit par seconde intention et forme une ligne cicatricielle qui sert de digue à l'envahissement du tubercule et limite ainsi la partie de la cornée qui est rendue opaque par l'inflammation; on sauve ainsi la vue en sauvant le reste de l'organe.

L'autre opération est aussi des plus remarquables. Dans la lèpre anesthésique, la paralysie avec atrophie du muscle orbiculaire laisse la cornée à découvert, et, les larmes ne pouvant plus séjourner à la surface de l'œil, la cornée devient opaque et la vue se perd. En faisant la suture des paupières à la partie interne (tarsorraphie du tiers interne), on maintient les points lacrymaux à leur place et surtout on relève la paupière inférieure, qui maintient les larmes et permet l'occlusion des paupières.

On diminue considérablement par ces deux procédés le nombre

des aveugles. Rien que dans les deux années 1883 et 1884 il a été fait à l'hôpital de Reknöes dix tarsorraphies et trois kératotomies, soit treize malades lépreux préservés de la cécité sur un hôpital de soixante-quatre malades.

Nous voilà donc, Messieurs, grâce au travail du Dr Zambaco, tout à fait édifiés sur la lèpre d'Orient ; il nous a montré son identité avec la lèpre de Norwège. Il est à la veille de réaliser en Orient tous les progrès de l'hygiène moderne pour les lépreux, car il est chargé de surveiller l'installation d'une léproserie munie de tout le confortable et des mesures d'hygiène appliquées en Europe et si bien réalisées en Norwège. Aussi pouvons-nous espérer que, grâce à lui, la lèpre pourra décroître en Orient comme elle le fait en Europe. Il aura rendu ainsi un grand service à l'humanité, au pays où il exerce, et aura fait honneur à la médecine française qu'il représente si dignement à Constantinople.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I. — Samaria, lèpre tuberculeuse. Malade guéri par le thermo-cautère. Guérison maintenue depuis bientôt 4 ans.

PLANCHE II. — Théodossa, lèpre tuberculeuse hypertrophique, pigmentaire, cachexie lépreuse, était autrefois une beauté rare, elle a succombé, son autopsie a été faite.

PLANCHE III. — Maria Athanassiou, lèpre tuberculeuse avec couperose, ichthyose, psoriasis, perte des yeux par kératite interstitielle. Cicatrices du pavillon de l'oreille consécutives à la destruction par le thermo-cautère d'énormes tubercules. La lèpre est arrêtée dans sa marche chez cette femme qui vit toujours (30 octobre 1886).

PLANCHE IV. — *Figure de gauche.* Avant-bras et main gauche de Cassandra (scléro-dactylie et plus tard lèpre). Les taches pigmentaires se transforment en papules pareilles à celles de la syphilis, et quelques-unes de celles-ci sont déjà des tubercules de la lèpre.

Figure de droite. Bras et avant-bras de Sabastiana. Congestion de la peau, sorte d'asphyxie locale qui précède parfois l'apparition des taches pigmentaires et des tubercules de la lèpre. Les taches pigmentaires se transforment plus tard en tubercules de la lèpre.

PLANCHE V. — Maria Athanassiou, lèpre tuberculeuse arrêtée dans sa marche par l'arsenic et le thermo-cautère. Pigmentation et modification momifique de la peau.

PLANCHE VI. — Cassandra, scléro-dactylie qui a précédé de 12 ans le développement de la lèpre tuberculeuse. La lèpre a débuté sous mes yeux par de petites taches pigmentaires transformées plus tard *in situ* en une éruption absolument pareille à celle de la syphilis papuleuse, et progressivement en lèpre tuberculeuse vulgaire.

© Joly Paris.

Lith sur zinc procédé Monrocq Paris

O Dain Paris

Lith sur zinc procede Monrocq Par

O. Doin, Paris.

Lith. sur zinc procédé Monrocq

O. Doin, Paris.

Lith sur zinc procede Monrocq F.

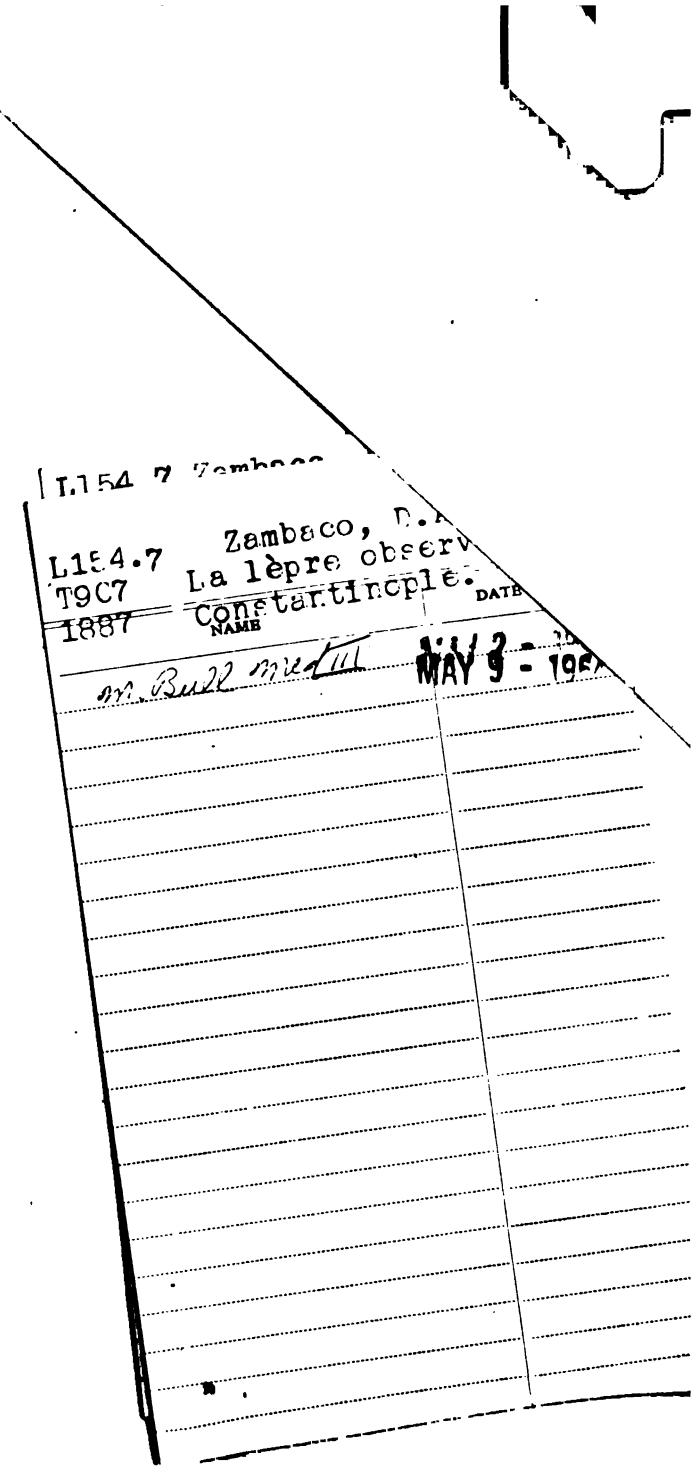
O. Doin, Paris

Lith. sur z. de procédé Monrocq

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

MAY 9 - 1964


L154.7 Zambaco
L154.7
T9C7
1887
Zambaco, D.
La lèpre observ
Constantinople.
NAME
DATE
MAY 9 -

CORBEIL. — TYP. ET STÉR. CRÉTÉ.